

CAROLINE DI BERNARDI LUFT

**ASPECTOS NEUROPSICOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO E PRÁTICA DE
ATIVIDADE FÍSICA: POSSÍVEIS RELAÇÕES EM MULHERES IDOSAS**

Dissertação de Mestrado

**FLORIANÓPOLIS - SC
2007**

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA
E DESPORTOS - CEFID
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
DO MOVIMENTO HUMANO

CAROLINE DI BERNARDI LUFT

ASPECTOS NEUROPSICOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO E
PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA: POSSÍVEIS RELAÇÕES EM
MULHERES IDOSAS

Dissertação de mestrado apresentada como requisito à obtenção do grau de mestre em Ciências do Movimento Humano, na subárea de Atividade Física e Saúde do Programa de Pós-graduação em Ciências em do Movimento Humano, da Universidade do Estado de Santa Catarina.

Orientador: **Dr. Alexandro Andrade**

FLORIANÓPOLIS – SC

2007

CAROLINE DI BERNARDI LUFT

**ASPECTOS NEUROPSICOLÓGICOS DO ENVELHECIMENTO E
PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA: POSSÍVEIS RELAÇÕES EM
MULHERES IDOSAS**

Dissertação de Mestrado aprovada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ciências do Movimento Humano, na área de concentração “Atividade Física e Saúde”, no Curso de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina.

BANCA EXAMINADORA:

Orientador: _____

Prof. Dr. Alexandro Andrade
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Membro _____

Profa. Dra. Giovana Zarpelon Mazo
Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Membro _____

Prof. Dr. Edgard Matiello Júnior
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Membro _____

Prof. Dr. Emílio Takase
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Florianópolis, 28 de fevereiro de 2007.

Dedico este trabalho àqueles que me dedicaram suas vidas,

Ao meu pai, Cláudio Edemar Luft (*in memoriam*),

à minha mãe, Sandra Di Bernardi Luft.

“A mãe é eterna, o pai é imortal”.

(Dizer de Luar-do-Chão – Mia Couto)

AGRADECIMENTOS

*“Merci, merci, merci.
Estou empapelado!
Deixo, feliz, aqui,
o meu muito-obrigado
a ti.”*

Drummond

Este é um trabalho que reflete alguns anos de aprendizagem. Não sei precisar quando começou, mas sei que não acaba aqui. Por isto, não são poucas as pessoas a quem eu devo agradecer e seria impossível citá-las todas aqui. Registro formalmente o nome daqueles que auxiliaram mais diretamente da elaboração desta dissertação, mas pretendo que este agradecimento se estenda a todos que participam da minha vida. Portanto, meus sinceros agradecimentos:

Ao meu orientador, Prof. Dr. Alexandro Andrade, pela orientação e amizade que tem me dedicado nestes anos de mestrado, pelo seu entusiasmo que não me deixava desanimar e, sobretudo, por ter assumido este trabalho junto comigo.

À Prof^a. Dra. Giovana Zarpellon Mazo, pelo comprometimento e seriedade com que conduz às pesquisas e ações na área do envelhecimento, que muito me ajudaram. Estendo meus agradecimentos ao Grupo de Estudos da Terceira Idade (GETI) da UDESC, por ela coordenado.

Ao Prof. Dr. Edgard Matiello Júnior pelas valiosas contribuições teóricas e pela forma com que me recebeu, dedicando atenção e cuidado com o trabalho e comigo.

Ao Prof. Dr. Emílio Takase que participou da minha vida acadêmica desde que cheguei em Florianópolis, estimulando a busca por artigos e informações científicas.

À todas as flores que participaram deste estudo, enriquecendo-o com suas experiências e vida, dando ao trabalho a possibilidade de ir além do que era inicialmente pretendido. À Prof^a Simone Korn do Projeto Mexa-se pela saúde na Terceira Idade, que muito me ajudou no início desta pesquisa e ao GETI, pelo apoio imprescindível no contato com as participantes do estudo. Às colegas Geciely M.F. de Almeida e Ana Lúcia Corrêa por ter ajudado no contato com algumas participantes.

À Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), ao Centro de Educação Física, Fisioterapia e Desportos (CEFID), ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano (PPGCMH) e ao Laboratório de Psicologia do Esporte e do Exercício (LAPE).

Aos meus colegas de mestrado, em especial, à minha grande amiga Sabrina de Oliveira Sanches, pelo convívio, discussões acadêmicas e, sobretudo, pela amizade. Aos demais colegas do LAPE pelas discussões e crescimento que tivemos nestes anos juntos, em especial aos que auxiliaram nas coletas de dados, ao Prof. Maick da Silveira Vianna e ao Prof. Mestrando Ricardo Brandt pelo apoio e amizade.

À Solange Remor, secretária do PPGCMH, que muito me ajudou com a sua dedicação, profissionalismo e amizade.

Ao ensino público e gratuito, que é um espaço de discussão e luta, que mesmo com poucos recursos mantém boa qualidade.

Aos meus amigos e parceiros de discussões acadêmicas:

Ao Prof. Dr. Fernando Luiz Cardoso, pesquisador apaixonado, cuja casa inspirou as últimas páginas desta dissertação;

À Prof^a. Doutoranda Astrid Baecker Ávilla e ao Prof. Mestrando Herrmann Muller pelas cervejadas e inspirações Marxistas;

À Prof^a. Doutoranda Ana Cristina Zimmermann, que foi fundamental na elaboração desta dissertação, ajudando a revisar os textos, dando idéias e discutindo os assuntos, enfim, uma pessoa muito importante para mim.

À minha mãe, Sandra Di Bernardi Luft, que sem dúvida nenhuma é a pessoa que mais acredita no meu potencial e à minha irmã, Cristiane Di Bernardi Luft, pelo seu sorriso iluminado e amor incondicional. Ao meu pai, Cláudio Edemar Luft, por deixar como legado, uma falha nos dentes e uma alegria infinita pela vida.

*“É bem verdade, que nem a juventude sabe o que pode,
nem a velhice pode o que sabe”.*

(A Caverna – José Saramago)

RESUMO

Esta é uma pesquisa descritiva que teve como objetivo investigar as relações entre estresse, depressão, desempenho cognitivo e prática de atividade física de idosas, considerando o nível de atividade intelectual. A abordagem desta pesquisa foi “quanti-quali”. A amostra foi constituída por 80 idosas fisicamente independentes de Florianópolis, participantes de diferentes grupos de idosos, selecionadas de forma não-probabilística por conveniência ou acessibilidade (COOLICAN, 2004). As idosas foram caracterizadas como praticantes, intermediárias e não praticantes de atividade física através de questões estruturadas sobre a frequência, duração e período de realização de atividade física. As características pessoais como classe econômica, renda mensal, auto-avaliação da saúde, histórico de atividade física e lazer, bem como as atividades intelectuais foram avaliadas por meio de um formulário elaborado com base no questionário desenvolvido por Andrade (2001). O estresse foi mensurado por meio da “Escala de Estresse Percebido” de Cohen, Karmack e Mermelstein (1983). A depressão foi avaliada através da “Escala de Depressão em Geriatria” (GDS-15) desenvolvida por Yesavage et al. (1983). Todos estes testes foram aplicados em forma de entrevista, sendo utilizados os depoimentos feitos espontaneamente durante as coletas de dados. O desempenho cognitivo foi avaliado através do Mini-Exame do Estado Mental (FOLSTEIN et al., 1978), que mensura capacidade cognitiva geral, e de uma bateria de avaliação cognitiva computadorizada validada internacionalmente, que consta de um conjunto de testes que mensuram tempo de reação simples e de escolha, memória de trabalho e de curto prazo e atenção concentrada (DARBY, 2004). Os dados foram tratados com estatística descritiva e inferencial, observando a normalidade da distribuição. A análise dos depoimentos das idosas foi orientada pela hermenêutica-dialética sintetizada por Minayo (2004). Os resultados demonstraram que a maioria das idosas é praticante de atividades físicas, mas não praticavam no passado, principalmente por causa das condições de trabalho. As idosas que foram praticantes de atividade física no passado são de classe econômica mais alta do que as não praticantes e as que trabalhavam pesado. A prática de atividade física atual não foi relacionada com classe econômica ou renda mensal. Não houve diferença no estresse, depressão e desempenho cognitivo das idosas praticantes, intermediárias e não praticantes de atividade física. A ocorrência de problemas emocionais, como a morte de filhos, dificuldades financeiras e doença grave, foi determinante no nível de estresse e depressão ($p < 0,001$). O nível de atividade intelectual foi determinante no desempenho cognitivo das idosas na maioria das tarefas, incluindo a capacidade cognitiva geral, tempo de reação de escolha, memória de trabalho e de curto prazo. Não houve interação entre atividade física e nenhuma das variáveis. Os depoimentos demonstraram outros elementos que devem ser considerados nas análises, tais como a classe econômica. Observou-se que a classe econômica, atual e no passado, é um fator determinante em várias das questões investigadas. Conclui-se que a atividade física isoladamente não tem um papel determinante no estresse, depressão e no desempenho cognitivo das idosas e que é fundamental redirecionar as pesquisas e as ações considerando a história, o contexto e a percepção da população em estudo.

Palavras-Chave: Estresse, depressão, desempenho cognitivo, atividade física, idosas.

ABSTRACT

This is a descriptive research whose objective was to investigate the relationship between stress, depression, cognitive performance and physical activity practice of elderly women, considering the intellectual activity level. This research had a “quanti-quali” approach. The sample was constituted by 80 physically independent elderly women of Florianopolis, selected in a non-probabilistic way by convenience or accessibility (COOLICAN, 2004). The elderly were considered as practicing, intermediate and non-practicing physical activity by means of structured questions about frequency, time and period of doing physical activity. The personal characteristics as economic class, income, self-evaluation of health, physical activity and leisure history, as well the intellectual activities were evaluated by means of a form, elaborated based on the questionnaire developed by Andrade (2001). The stress was measured by the “Perceived Stress Scale” of Cohen, Karmack and Mermelstein (1983). The depression was assessed through the “Geriatric Depression Scale” (GDS-15) developed by Yesavage et al. (1983). All these tests were applied by interview, being used in this research the elderly personal accounts, which were done spontaneously during the data collection. The cognitive performance was evaluated through the Mini-Mental State Evaluation (FOLSTEIN et al., 1978), which measures the overall cognitive capacity, and through a cognitive evaluation battery, *CogState*, internationally validated and constituted by a set of tests that measure simple and choice reaction time, working memory, short-term memory and sustained attention (DARBY, 2004). The data was treated by descriptive and inferential statistics, observing the normality of distribution. The personal accounts analysis was oriented by hermeneutic-dialectics synthesized by Minayo (2004). The results demonstrated that the majority of the elderly women is practicing physical activity, but they not used to practice it in the past, mainly because of labour conditions. The elderly who had practiced physical activity in the past have higher economic class than the ones who had not practiced or had a heavy work. There was not a relation between current physical activity practice, economic class and income. There was no difference in stress, depression and cognitive performance between the practicing, intermediate and not practicing physical activity. The occurrence of emotional problems, as the children’s death, financial difficulties or serious ill, was determinant of the stress and depression level ($p < 0,001$). The intellectual activity level was determinant of the cognitive performance of the elderly on the majority of tasks, including the overall cognitive capacity, choice reaction time, working memory and short-term memory. There was not any interactive effect of physical activity practice with the study variables. The personal accounts demonstrated other important elements for the analyses, as the economic class. It was observed that the current and past economic class is a determinant factor of several investigated questions. It was concluded that the physical activity is not determinant of stress, depression and cognitive performance of the elderly and that it is necessary to redirect the research and actions in order to consider the history, context and perception of the study population.

Key-Words: Stress, depression, cognitive performance, physical activity, elderly women.

SUMÁRIO

RESUMO.....	8
ABSTRACT.....	9
<u>1 INTRODUÇÃO.....</u>	<u>14</u>
<u>1.1 PROBLEMA.....</u>	<u>14</u>
<u>1.2 OBJETIVOS.....</u>	<u>17</u>
<u>1.2.1 Objetivo Geral.....</u>	<u>17</u>
<u>1.2.2 Objetivos específicos.....</u>	<u>17</u>
<u>1.3 JUSTIFICATIVA.....</u>	<u>18</u>
<u>1.4 PRESSUPOSTO TEÓRICO.....</u>	<u>20</u>
<u>1.5 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DAS VARIÁVEIS.....</u>	<u>20</u>
<u>1.6 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....</u>	<u>23</u>
<u>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</u>	<u>24</u>
<u>2.1 O processo saúde-doença e o envelhecimento.....</u>	<u>24</u>
<u>2.2 O Idoso e a sociedade.....</u>	<u>26</u>
<u>2.2.1.1 Identificando as contradições.....</u>	<u>31</u>
<u>2.3 O estresse e o envelhecimento.....</u>	<u>34</u>
<u>2.3.1 Mecanismos do Estresse</u>	<u>36</u>
<u>2.4 A Depressão.....</u>	<u>39</u>
<u>2.5 A atividade física.....</u>	<u>40</u>
<u>2.5.1 O estresse, a depressão e a prática de atividade física em idosos.....</u>	<u>46</u>
<u>2.6 A cognição, estresse e depressão em idosos.....</u>	<u>50</u>
<u>2.6.1 Cognição e Atividade física em Idosos.....</u>	<u>55</u>
<u>3 MÉTODO.....</u>	<u>59</u>
<u>3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....</u>	<u>59</u>
<u>3.2 POPULAÇÃO.....</u>	<u>61</u>
<u>3.2.1 Seleção das Participantes.....</u>	<u>63</u>
<u>3.2.2 Participantes da pesquisa.....</u>	<u>64</u>
<u>3.3 INSTRUMENTOS.....</u>	<u>66</u>
<u>3.3.1 Entrevista de caracterização geral e auto-avaliação das idosas</u>	<u>66</u>

3.3.1.1 Características Gerais.....	67
3.3.1.2 Prática de Atividade Física	68
3.3.1.3 Nível de Atividade Intelectual.....	70
3.3.2 O mini-exame do estado mental (MEM).....	71
3.3.3 Bateria de Avaliação Cognitiva Computadorizada.....	72
3.3.4 Escala de depressão em Geriatria.....	73
3.3.5 Escala de estresse percebido (PSS).....	73
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	74
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	76
3.5.1 Tratamento Estatístico.....	76
3.5.2 Análise Qualitativa.....	78
3.6 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO.....	79
3.7 LIMITAÇÕES.....	82
4 RESULTADOS	86
4.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	86
4.1.1 Caracterização Geral das Participantes.....	86
4.1.2 Auto-avaliação da saúde, atividade física e lazer.....	88
4.1.3 Capacidade Cognitiva e Desempenho Cognitivo	98
4.1.4 Estresse Percebido.....	100
4.1.4.1 Relação entre estresse percebido, depressão e desempenho cognitivo	101
4.1.5 Aspectos neuropsicológicos e prática de atividade física.....	105
4.2 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS.....	110
4.2.1 Depressão.....	111
4.2.2 Educação.....	118
4.2.3 Atividade Física e Lazer.....	122
4.2.4 Aspectos neuropsicológicos relacionados ao envelhecimento.....	129
DISCUSSÃO.....	134
DISCUSSÃO.....	134
5 CONCLUSÕES.....	150
REFERÊNCIAS.....	154
ANEXOS E APÊNDICES	168

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMA

A valorização do vigor físico, do trabalho e da beleza associados à imagem de juventude, tem fomentado um movimento “anti-envelhecimento”, no qual aumenta a procura pela cosmética e terapêutica na busca de evitar a aparência de “velho”. A oferta de medicamentos, cirurgias plásticas e práticas corporais com o objetivo de “rejuvenescer” são estimuladas pela necessidade de aumentar lucros.

Simms (2004) argumenta que algo importante no capitalismo foi associar a idéia de velhice com a de necessidade clínica, a fim de aumentar os lucros através da restrição das oportunidades a um círculo limitado de elegíveis. Tudo isto fez com que os idosos, no mundo neoliberal, se tornassem uma formação social subordinada, o que fica evidente no documento da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), onde a preocupação principal é promover o envelhecimento ativo para que haja economia nas despesas médicas com esta população, em especial, aquela que utiliza o sistema público de saúde. No mundo globalizado, as desigualdades sociais são grandes e tendem a gerar dois tipos de envelhecimento: o daqueles que podem e o daqueles que não podem pagar pela sua “juventude”.

Chaimowicz (1997, p.193) destaca que “uma das características marcantes da população que envelhece no Brasil é a pobreza”. O idoso pobre experimenta muitas dificuldades que vão desde questões como suporte social inadequado até o atendimento deficiente de saúde (PORCU et al., 2002). A burocracia da aposentadoria, as dificuldades financeiras, os problemas com o atendimento de saúde e a discriminação social tornam o idoso cada vez mais susceptível a problemas como o estresse e a depressão. Talvez estes problemas estejam na origem da alta prevalência de depressão encontrada nas populações

idosas, verificada em muitos estudos (XAVIER et al., 2001a.; XAVIER et al., 2001b; WANG et al., 2001; KRATZ et al., 2004; MAIA et al., 2004).

O estresse e a depressão prejudicam a saúde de forma global, interferindo inclusive na função cognitiva (SILBERMAN et al., 1995; SPIRDUSO, 2005; WOLF et al., 2005). Burke et al. (2005) verificaram que a depressão e o estresse estão associados com maiores níveis de cortisol. McLullich et al. (2005) demonstraram que níveis excessivos de cortisol estão associados com redução do volume do hipocampo e, conseqüentemente, com prejuízos na memória de trabalho. Desta forma, os prejuízos cognitivos que ocorrem em alguns idosos podem ser acelerados pelo aumento do estresse e pela ocorrência da depressão (SHEPARD, 2003).

Considerando que o estresse, a depressão e os declínios cognitivos são transtornos que parecem ocorrer de maneira encadeada, é importante pensar em formas de quebrar este ciclo, pois estes transtornos afetam o bem-estar de muitos idosos. Alguns estudos têm sugerido que a prática regular de atividade física pode ser uma maneira eficaz de reduzir o estresse (ATLANTIS et al., 2005; HARRIS et al., 2006; KRAUSE et al., 1993), a depressão (MURPHY et al., 2002; FUKUKAWA et al., 2004; BARBOUR e BLUMENTHAL, 2005) e melhorar a função cognitiva dos idosos (LAMBOURNE, 2006; WEUVE et al., 2004; LARSON et al., 2006).

Embora estes estudos suscitem entusiasmo a respeito dos efeitos da atividade física no estresse, na depressão e na função cognitiva, existem questionamentos e resultados contraditórios que indicam que talvez esta relação não seja como presumem muitos pesquisadores.

Kritz-Silverstein et al. (2001) demonstraram, em um estudo longitudinal, que os indivíduos com menor humor deprimido são mais propensos a se exercitarem fisicamente e não o contrário, sugerindo que a atividade física não previne contra depressão e que as relações encontradas em estudos anteriores acontecem porque os indivíduos deprimidos não costumam ter motivação para praticar atividade física. Outras pesquisas que investigaram o efeito protetor da atividade física na depressão não encontraram qualquer relação (PATRICK et al., 1997; LENNOX et al., 1990).

Além disto, em muitos estudos sobre a relação entre atividade física e função cognitiva (YAFFE et al., 2001; RICHARDS, HARDY e WADSWORTH, 2003; WEUVE et al., 2004; LAMBOURNE, 2006; LARSON et al., 2006) o nível de atividade intelectual raramente é considerado. Algumas pesquisas indicam que idosos com bom nível educacional e que se mantêm ativos intelectualmente, são aqueles que apresentam maior desempenho cognitivo

(CHRISTENSEN et al., 1996; HILLERAS et al., 1999; WILSON et al., 2003). Considerando que a escolaridade está associada ao nível de atividade intelectual (WILSON et al., 2003) e que pessoas com maior escolaridade costumam praticar mais atividade física (GOMES, SIQUEIRA e SICHIERI, 2001; SALLES-COSTA et al., 2003), é possível questionar os resultados das pesquisas que verificaram relação entre atividade física e desempenho cognitivo sem considerar que os praticantes de atividade física são aqueles que, na maioria das vezes, apresentam maior nível de atividade intelectual.

Sturman et al. (2005) ao investigar a relação entre atividade física e função cognitiva verificaram que cada hora adicional de exercício físico foi associada com menor taxa de declínio cognitivo. No entanto, ao realizar a mesma análise considerando o nível de atividade cognitiva, esta associação deixou de ser significativa.

Outro problema presente nestas pesquisas é que, na maioria delas, a história do idoso não é considerada. Hilldson et al. (2004) verificaram que a prática regular de atividade física na meia idade influencia na função física após os 60 anos, estando associada à saúde durante a idade avançada. É possível que os idosos que sempre praticaram atividade física sejam aqueles que tiveram as melhores condições de vida, tendo tempo disponível para isto durante a fase que trabalhavam. Colocar estes idosos na mesma categoria daqueles que trabalhavam demais e não tinham tempo para atividade física, começando a praticar após a aposentadoria, pode ser um erro, que considera pessoas com histórias totalmente diferentes como um “todo homogêneo”. Desta forma, não considerar a história pode levar a colocar na mesma categoria, idosos com trajetórias de vida muito diferentes.

Assim, este estudo tratou sobre as possíveis relações entre os aspectos neuropsicológicos e prática de atividade física de idosos. O problema desta pesquisa foi: “Quais as relações entre estresse, depressão, desempenho cognitivo e prática de atividade física de idosos, considerando o nível de atividade intelectual”?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Investigar as relações entre estresse, depressão, desempenho cognitivo e prática de atividade física de idosas.

1.2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as idosas em relação aos fatores econômicos e sociais, bem como a auto-avaliação da saúde e da cognição, histórico de atividade física e trabalho, atividade intelectual, fé e espiritualidade, e prática regular de atividade física;
- Verificar o estresse percebido, a depressão, a capacidade cognitiva e o desempenho cognitivo, incluindo a capacidade cognitiva geral, tempo de reação simples e de escolha, memória de trabalho, memória de curto prazo e atenção concentrada;
- Comparar o estresse percebido, a depressão e o desempenho cognitivo das idosas praticantes, intermediárias e não praticantes de atividade física;
- Comparar o estresse percebido, a depressão e o desempenho cognitivo das idosas com diferentes históricos de atividade física;
- Comparar o estresse percebido, a depressão e o desempenho cognitivo das idosas com baixo, médio e alto nível de atividade intelectual;
- Verificar as possíveis interações entre prática de atividade física, histórico de atividade física e nível de atividade intelectual no estresse percebido, depressão e desempenho cognitivo;
- Identificar novas possibilidades de análise que auxiliem na compreensão dos resultados do estudo.

1.3 JUSTIFICATIVA

As pesquisas na área da atividade física e saúde têm tido grande repercussão na sociedade atual. Considerando que as políticas públicas são influenciadas pelos resultados das pesquisas, este estudo pretende colaborar no sentido de ampliar as discussões a respeito de questões ligadas à prática de atividade física, especialmente, em como isto pode ou não influenciar no estresse, depressão e desempenho cognitivo.

Um dos problemas clássicos sobre o envelhecimento está na relação entre expectativa e qualidade de vida. O indicador de “esperança de vida livre de incapacidade” (DFLE) do último censo revela que, em média, de 68,6 anos vividos, o brasileiro fica 54 anos livre de deficiências funcionalmente limitantes, o que representa uma média de 31% dos anos de vida com problemas graves de saúde. A estimativa é que até o ano de 2020, aproximadamente, ocorrerá um aumento de 84 a 167% no número de idosos com moderada ou grave incapacidade (IBGE, 2000).

O avanço da medicina e, especialmente, da farmacologia, promoveu o desenvolvimento e a utilização de medicamentos cada vez mais poderosos na redução das doenças, prolongando o tempo de vida. No entanto, tais medidas, na maioria das vezes não resultam em melhor qualidade de vida, e sim, em maior tempo de vida, o que faz com que o índice de expectativa de vida se aproxime cada vez mais ao dos países desenvolvidos, enquanto que o DFLE continue similar aos dos países subdesenvolvidos. A evolução da indústria farmacêutica e das pesquisas, especialmente nas ciências biológicas, não foi acompanhada de uma discussão social e ética, o que gerou intervenções voltadas diretamente para modificar os substratos biológicos associados a determinadas doenças.

Para que este quadro seja modificado, tem sido investido no desenvolvimento de ações e programas que buscam o aumento da qualidade de vida, evitando que o idoso envelheça com deficiências e se torne dependente. Nóbrega et al. (1999) sugerem que a implantação de estratégias de prevenção, como a prática da atividade física regular, pode promover a melhora funcional dos idosos e minimizar ou prevenir o aparecimento de doenças. Vanltallie (2002) indicou que a atividade física pode promover a redução dos níveis de estresse e de depressão. A prática de atividade física é, segundo a OMS (2005), uma estratégia eficaz, econômica e capaz de promover melhoras no bem estar dos idosos.

No entanto, a possível associação entre atividade física e saúde não pode ser reduzida aos aspectos biológicos sem considerar a problemática histórica e social envolvida. Por exemplo, em estudo com policiais militares, Monteiro et al. (1998) verificaram que os sedentários apresentavam piores condições sócio-econômicas, maior carga de trabalho, mais despesas com moradia, renda mensal inferior e possuíam mais dependentes do que aqueles que praticavam atividade física. Assim, os problemas parecem pairar sobre as necessidades impostas por um padrão de vida incompatível com a possibilidade de preocupar-se com a saúde.

A questão é que a maioria dos estudos que relacionam atividade física com estresse, depressão, cognição, entre outras variáveis, o faz de forma unilateral, deixando de considerar muitos fatores que influenciam no processo. Isto pode fazer com que alguns estudos “superestimem” o fator atividade física como determinante da saúde. Andrade (2001) discute a questão destacando que além dos fatores históricos e sócio-econômicos é necessário considerar a subjetividade, ou seja, como os sujeitos percebem a sua realidade material e se desenvolvem a partir dela, denunciando as reduções que muitas pesquisas fazem na análise das relações sem considerar o sujeito.

Oliveira, Húngaro e Solazzi (2004) demonstram que a atividade física direciona a atenção da sociedade para a sua capacidade de delinear corpos saudáveis, mas mascara outros determinantes do setor da saúde e do quadro social brasileiro. Muitos estudos tratam da relação atividade física e saúde sem caracterizar o sujeito, mantendo-o escondido em um grupo de “sedentários” ou “ativos”, definidos apenas em função da faixa etária.

Na área do envelhecimento, algumas pesquisas verificaram a relação entre nível de atividade física e cognição, mas não consideraram o nível de atividade intelectual dos participantes do estudo (YAFFE et al., 2001; RICHARDS, HARDY e WADSWORTH, 2003; WEUVE et al., 2004; LAMBOURNE, 2006; LARSON et al., 2006). Sturman et al. (2005) demonstraram que a prática de atividade física só foi associada com menor risco de declínio cognitivo quando o nível de atividade cognitiva dos participantes não foi considerado.

Assim como a prática de atividade física está atrelada às condições de vida das pessoas, a atividade cognitiva também está, pois para que os idosos consigam manter um nível elevado de atividade intelectual ou cognitiva é necessário ter uma boa escolaridade, acesso à cultura e oportunidades de aprendizagem. Por isto, neste estudo, processo de saúde-doença é entendido como um processo histórico-social, onde os comportamentos estão vinculados à coletividade. Palma (2000, p.97) destaca que “a visão hegemônica aponta um

viés biológico e individualizado da doença. Por outro lado, já existem, em várias pesquisas, fortes evidências das relações entre condições sócio-econômicas e a saúde”.

Poucos estudos na área da atividade física e saúde preocuparam-se com a problemática histórica e social na qual os idosos estão vinculados. Assim, este trabalho deve incluir a discussão sobre a construção das condições históricas que podem ou não viabilizar a incorporação da atividade física à dinâmica cultural, consagrando-a como hábito ou atitude comportamental que talvez possa contribuir com a promoção da saúde e do bem estar dos indivíduos e da sociedade.

Sendo assim, este estudo pretende colaborar com o aprofundamento da investigação sobre as relações entre atividade física, estresse, depressão e desempenho cognitivo sob uma perspectiva crítica.

1.4 PRESSUPOSTO TEÓRICO

O pressuposto teórico que fundamenta este estudo é de que as idosas praticantes de atividade física regular com maior nível de atividade intelectual apresentam menor nível de estresse percebido e depressão e melhor desempenho cognitivo. As idosas que apresentam maior atividade física e intelectual são aquelas que têm as melhores condições de vida e melhor nível sócio-econômico no passado.

1.5 DEFINIÇÃO OPERACIONAL DAS VARIÁVEIS

Depressão: Pode ser definida como uma síndrome psiquiátrica caracterizada por sintomas emocionais, motivacionais e físicos com grande repercussão na vida do indivíduo, descrita no DSM-IV como um transtorno caracterizado por alterações psíquicas, acompanhadas de modificações no estado de humor que repercutem no ânimo do indivíduo, no seu interesse, no jeito de sentir, pensar e comportar-se. O humor encontra-se polarizado entre tristeza (melancolia) ou exaltação (irritabilidade), podendo haver crise única ou cíclica e oscilando ao

longo da vida (ROEDER, 2003). A depressão foi mensurada pela Escala de Depressão em Geriatria (GDS) na sua versão reduzida, que mensura o nível de depressão em uma escala de 0 a 15 pontos. Quanto maior a pontuação, maior o nível de depressão. A GDS apresenta uma sensibilidade de 82% e especificidade de 71% para diagnosticar casos de depressão (PARADELA, LOURENÇO e VERAS, 2005).

Desempenho Cognitivo: Envolve os processos cognitivos referentes à atenção, memória, velocidade de processamento de informações, capacidade psicomotora e percepção (SPIRDUSO, 2005). O desempenho cognitivo foi avaliado por meio de dois testes. Um destinado a avaliar a capacidade cognitiva geral, ou seja, a integridade da cognição por meio do Mini-Mental (FOLSTEIN et al., 1975), que mensura, com 11 questões, 5 funções cognitivas. O resultado é expresso em pontos, sendo que o escore máximo é 30, abaixo de 23 representa prejuízo cognitivo. O desempenho cognitivo referente aos domínios: velocidade de processamento de informações, tomada de decisão, memória de trabalho e de curto prazo e atenção concentrada foram mensurados por meio de uma bateria de avaliação cognitiva computadorizada *CogState* (DARBY, 2004), validada internacionalmente.

Memória: É a capacidade de armazenar informações que possam ser recuperadas e utilizadas posteriormente. A memória compreende a aquisição, formação, conservação e a evocação de informações (IZQUIERDO, 2002). Pode-se classificar a memória de acordo com o tempo de retenção, classificando-a como memória de trabalho, memória de curto prazo e memória de longo prazo, sendo que neste estudo, foram mensuradas a memória de trabalho e a memória de curto prazo. A memória de trabalho é breve e serve para manter durante alguns segundos a informação que está sendo processada no momento, e diferencia-se das demais porque não deixa traços. A memória de curto prazo pode durar alguns minutos possibilitando o armazenamento das informações (IZQUIERDO, 2002). Neste estudo a memória de trabalho e a memória de curto prazo foram mensuradas através de dois testes pertencentes a uma bateria de avaliação cognitiva computadorizada, descrita no anexo 5, que fornecem o resultado em acurácia (percentual de acertos) e velocidade comportamental das respostas. O índice de confiabilidade do teste é de 0,87 (DARBY, 2004).

Atenção: “*Com este termo designamos o fator responsável pela escolha dos elementos essenciais para a atividade mental, ou o processo que mantém uma severa vigilância sobre o curso preciso e organizado da atividade mental*” (LÚRIA, 1981). Quando utilizada no

desempenho humano “a atenção se refere ao envolvimento das atividades perceptivas, cognitivas e motoras associadas ao desempenho de habilidades” (MAGILL, 2000). Existem dois tipos de atenção, a seletiva e a concentrada. Neste estudo, a atenção investigada é a concentrada, sendo considerada como o processo que mantém uma vigilância sobre o curso preciso e organizado da atividade mental envolvendo as atividades perceptivas, cognitivas e motoras associadas ao desempenho psicomotor. A atenção foi avaliada através de um teste de monitoramento, pertencente a bateria de avaliação cognitiva CogState, tendo um índice de confiabilidade de $r=0,81$ (DARBY, 2004).

Tempo de reação: É o intervalo de tempo entre “a produção de um sinal de comando para o desempenho de uma habilidade e o instante em que realmente é observado o início do movimento” (MAGILL, 2000, p.92). Este sinal de comando ou estímulo pode ser visual, auditivo ou tátil. Neste estudo, foram avaliados o tempo de reação visual simples e de escolha. O tempo de reação de escolha consiste na apresentação de diferentes estímulos, cada um exigindo uma resposta diferente, sendo que quanto maior o número de pares estímulo-resposta, maior é a complexidade e maior o tempo de reação (SPIRDUSO, 2005). Neste estudo, o tempo de reação simples e de escolha foram avaliados por dois testes, presentes na bateria de avaliação cognitiva *CogState*. O tempo de reação é mensurado em milisegundos e em escala logarítmica. Os índices de confiabilidade dos testes são 0,89 e 0,83.

Atividade Física: Nesta pesquisa a atividade física está relacionada ao lazer. São consideradas como atividades físicas práticas como caminhar, correr, nadar, entre outras, sendo observada a regularidade destas atividades. A prática regular de atividade física foi verificada por meio de questões estruturadas, conforme realizado em estudos anteriores (MONTEIRO et al., 1998; STURMAN et al., 2005; LARSON et al., 2006). Foram consideradas “praticantes de atividade física regular” as idosas que indicarem praticar atividade física 3 ou mais vezes por semana, 60 minutos ou mais por sessão, por no mínimo 6 meses. As idosas que não indicaram praticar nenhuma forma de atividade física foram consideradas “não praticantes de atividade física regular”. E aquelas que praticam atividade física, mas não atingirem a frequência, duração ou período mínimo de seis meses foram consideradas intermediárias.

Atividade Intelectual: Alguns pesquisadores utilizam o termo “atividade cognitiva” (STURMAN et al., 2005; WILSON et al., 2002; WILSON et al., 2003) para designar todas as atividades que estimulam as funções cognitivas incluindo hábitos de leitura, jogos tipo palavras-cruzadas, xadrez, entre outras. Nesta pesquisa, foi construído um escore para verificar o nível de atividade intelectual, que considera além das práticas cognitivas a escolaridade, a profissão, hábitos de leitura no passado e presente, atividades cognitivas e ocupação atual. Cada item tem um peso específico, sendo que o escore da escala varia de 0 a 37. Para as análises de comparação, foram definidos pontos de corte específicos, sendo o nível de atividade intelectual diferenciado como: baixo (de 0 a 10), médio (de 11 a 20) e alto (mais de 21).

1.6 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo se delimitou em investigar as relações entre estresse, depressão, cognição e prática de atividade física considerando o nível de atividade intelectual de idosas da cidade de Florianópolis, no período de 20/05/2006 até 15/12/2006. Participaram do estudo apenas idosas fisicamente independentes vinculadas a algum grupo de idosos em Florianópolis (SC), com idade acima de 60 anos que não apresentavam diagnóstico de demência ou escore inferior a 19 no Mini-Exame do Estado Mental (FOLSTEIN et al., 1978).

2 REVISÃO DE LITERATURA

Partindo do conhecimento sobre o caráter social da saúde, buscou-se revisar a literatura pertinente as ciências sociais e biológicas, procurando compreender o contexto histórico social das idosas e, partindo desta análise, buscar as bases biológicas e os estudos atuais condizentes com o tema. A revisão de literatura foi realizada partindo da análise social que é pretendida, considerando o idoso como um ser histórico, social, subjetivo, biológico e neurofisiológico. Os tópicos são organizados de forma coerente com a problemática estudada, partindo da social para a compreensão dos elementos biológicos e neurofisiológicos envolvidos. Skalinski e Praxedes (2003, p.7) destacam que:

Trabalhos que abordam padrões de risco em saúde e utilizam variáveis socioeconômicas sem conferir uma análise histórico-política fornecem elementos que são insuficientes para construir cientificamente um objeto de estudo em epidemiologia

Breilh (1991) citado por Skalinski e Praxedes (2003) acrescenta que não se deve fazer justaposição dos métodos das ciências sociais com os da epidemiologia, buscando reconhecer a unidade entre a realidade social da natureza e a realidade natural do homem, o que na área da saúde, especialmente na Educação Física, ainda é bastante difícil devido à tradição fundada nas ciências biológicas. Apesar da intenção de uma leitura unificada, este estudo reflete esta dificuldade mostrando ainda certa separação entre o biológico e o social.

2.1 O processo saúde-doença e o envelhecimento

O aumento das pesquisas sobre o envelhecimento tem trazido um grande acúmulo de dados sobre esta população, principalmente na área da saúde, onde as ciências biológicas têm uma grande participação (PRADO e SAYD, 2005). No entanto, a abordagem utilizada na maioria das pesquisas é positivista, analisando os aspectos da saúde de maneira fragmentada e fazendo associações transversais que freqüentemente confundem *fato* com *valor*, conforme

explica Demo (1987). Um exemplo disto são as pesquisas que verificam a decadência física e mental acelerada dos idosos de baixa renda (fato), no entanto, não segue que assim deva ser (valor). Beauvoir (1990) destaca que não há nada de inelutável na condição do idoso, como vem sendo apontado pela ciência tradicional, que leva as pessoas a acreditar que o envelhecimento resulta, obrigatoriamente, em isolamento e dependência. Talvez estes problemas estejam vinculados a uma definição de saúde centrada na ausência de doenças.

Bragrichevsky, Estevão e Palma (2006) destacam que por mais elaborado que seja o conceito de saúde, trata-se de uma representação simbólica e imperfeita da realidade e que a subordinação da saúde aos seus preceitos definitórios acaba sendo uma forma de reduzir os problemas que interferem nas condições de vida humana, o que é ainda mais complicado na perspectiva das políticas de intervenção. Minayo (1998, p.10) prefere não conceituar saúde, afirmando: “*Saúde é o resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde*”. Por isto a necessidade de compreensão da saúde enquanto um processo vinculado a questões sociais.

Skalinski e Praxedes (2003, p.3) destacam que “*O reconhecimento do processo saúde-doença enquanto processo social deve-se à identificação do objeto geral de estudo (fenômenos epidemiológicos) como derivado de um processo particular de reprodução social*”. Este processo particular de reprodução social é dependente do modo de produção da vida material, que condiciona o desenvolvimento da vida social, política e intelectual de maneira geral. Assim, a compreensão da saúde, do envelhecimento, deve estar vinculada ao reconhecimento dos condicionantes sociais, políticos e intelectuais do modo de produção capitalista.

É evidente a ligação da saúde com a condição econômica, de forma que na velhice, isso pode ser verificado analisando que os idosos de baixa renda são mais acometidos por doenças (ARAÚJO e ALVES, 2000). Não só a condição econômica, mas o papel social tem uma função fundamental no envelhecimento, sendo que os idosos que têm menos contato social apresentam uma degeneração mais rápida do seu estado de saúde. Além destes fatores, a história do idoso também parece determinante da maneira como ele envelhece (BEAUVOIR, 1990).

Em cada sociedade, em momentos históricos diferentes, a velhice, ou o envelhecimento, ganha especificidade, papéis e significados distintos em função do meio, da classe social, do grupo profissional, de parentesco, da cultura, da ideologia dominante, do

poder econômico e político que influenciam o ciclo de vida e o percurso de cada indivíduo, do nascimento até a morte (MAGALHÃES, 1987).

Assim, para estudar o fenômeno da saúde dos idosos, é preciso olhar para a totalidade, para as relações sociais e econômicas, enfim, todo o contexto que influencia na maneira como o indivíduo envelhece. Minayo (1998, p.14) enfatiza que:

O reconhecimento da especificidade do setor saúde não retira, porém, sua cumplicidade com a problemática social mais ampla, seja no campo da realidade empírica (pois a questão da saúde envolve o conjunto das relações sociais vivenciadas nas áreas da produção e das condições de produção), seja no âmbito conceitual, onde o específico está atravessado por distintas posições face as possibilidades de organização da vida social.

As principais tendências de interpretação dentro da área da saúde, que pode ser considerada como um fenômeno social de alta significação, são o positivismo, a fenomenologia e a dialética marxista (MINAYO, 1992). Considerando que o objeto das ciências sociais, neste caso a velhice, é sempre histórico, intrínseca e extrinsecamente ideológico, complexo, contraditório e inacabado, que está em constante transformação e que a sua principal característica é essencialmente qualitativa, sugere-se que a melhor abordagem para o estudo da saúde na velhice seja o materialismo histórico dialético (TRIVIÑOS, 1987).

Ao estudar os idosos, é importante pensar na história que eles viveram. Muitas atitudes, representações e condicionamentos podem ser melhor compreendidas quando se conhece a história, das pessoas e principalmente, do mundo. Considerando que os seres humanos são condicionados por uma história que transcende a eles, seria impossível aqui tentar revisar toda a história, tudo aquilo que influencia em quem são as idosas de hoje.

2.2 O Idoso e a sociedade

Nesta parte da revisão busca-se contextualizar a situação dos idosos na sociedade atual, analisando suas contradições e como o envelhecimento é visto neste meio.

Na nossa sociedade de classes, os idosos são submetidos às mais cruéis contradições. Se o que define uma classe social é a posição ocupada pelo sujeito nas relações objetivas de trabalho, os idosos estão colocados entre tais classes, por não possuírem um papel definido no processo de produção de capital (BARBOSA, 1994). Assim, o idoso é relegado ao descaso,

uma vez que a sociedade o vê como um peso, improdutivo e incapaz. Nas palavras de Bosi (1994, p.18) “em nossa sociedade ser velho é lutar para continuar sendo homem”.

Os idosos são oprimidos por toda a sociedade, e se sentem cada vez mais pressionados a comportamentos forçados, repetitivos e monótonos, sendo tolhidos em sua liberdade, Bosi (1994, p.76) destaca:

Em nossa sociedade, os fracos não podem ter defeitos, portanto os velhos não podem errar. Deles esperamos infinita tolerância, longanimidade, perdão, ou uma abnegação servil pela família. Momentos de cólera, de esquecimento, de fraqueza são duramente cobrados aos idosos e podem ser o início de seu banimento do grupo familiar.

Uma variante deste comportamento pode ser percebida em pessoas que não sabem falar aos idosos senão com um tom protetor que mal disfarça a estranheza e a recusa. O preconceito com os idosos é aprendido desde a infância, depois disso passa-se a reproduzi-lo.

Não se discute com o velho, não se confrontam opiniões com as dele, negando-lhe a oportunidade de desenvolver o que só se permite aos amigos: a alteridade, a contradição, o afrontamento e mesmo o conflito. Se a tolerância com os velhos é entendida como uma abdicação do diálogo, melhor seria dar-lhe o nome de banimento ou discriminação (BOSI, 1994, p.78).

Assim, somos ensinados desde criança a não discutir com o idoso, a acreditar que ele não tem condições, a subestimá-lo em suas capacidades, pois a sociedade tem o interesse de calar o idoso, oprimindo suas lembranças, para manter a ideologia a qualquer preço.

A sociedade capitalista desarma o idoso, mobilizando mecanismos pelos quais oprime a velhice, destrói os apoios da memória e substitui a lembrança pela história oficial celebrativa, cujo triunfalismo é a vitória do vencedor a pisotear a tradição dos vencidos (BOSI, 1994).

Em alguns países, os idosos dão importantes contribuições com as suas lembranças, com a história que viveram, contraposta ao que é contado nos livros. No entanto, em sociedades capitalistas convencionou-se a não perguntar nada ao velho, a acreditar que as suas histórias são falsas, preferindo conhecer a história apenas pelo que é contado nos livros sem nem sequer ouvir o que o idoso tem a dizer, pois isso seria prejudicial a manutenção da ideologia dominante. Chauí (1994, p.19) acrescenta: “o que é ser velho na sociedade capitalista? É sobreviver. Sem projeto, impedido de lembrar e de ensinar, sofrendo as adversidades de um corpo que se desagrega à medida que a memória vai se tornando cada vez mais viva”.

Como se realiza a opressão a velhice? De várias maneiras. Oprime-se o idoso por mecanismos institucionais visíveis (a burocracia da aposentadoria e dos asilos), por mecanismos psicológicos sutis e quase invisíveis (a tutela, a recusa do diálogo e da reciprocidade que levam o velho a comportamentos repetitivos e monótonos, a tolerância da má fé, do banimento e da discriminação), por mecanismos técnicos (as próteses e a precariedade existencial daqueles que não podem adquiri-las) e por mecanismos científicos (as “pesquisas” demonstram a incapacidade e a incompetência social do idoso) (CHAUÍ, 1994).

Bosi (1994) menciona algumas pesquisas científicas, nas quais a psicologia social observa, mede, demonstra e conclui acerca da incapacidade social dos velhos para o trabalho. As pesquisas nas áreas biológicas insistem em indicar “declínios” decorrentes da idade e do envelhecimento, ao passo que investiga como diminuir essas “perdas” com base em comportamentos individuais, altamente culpabilizantes.

A associação do envelhecimento com o “declínio” bem como a associação deste com a necessidade clínica é visível nos conceitos de envelhecimento. Nestes conceitos, o envelhecimento humano tem sido considerado, especialmente nas ciências biológicas, como algo natural e inevitável (BLAZER, 1998), como um processo dinâmico e progressivo onde há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a progressiva perda de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (FILHO e ALENCAR, 2000).

Pode-se observar que as palavras “declínio”, “perda”, “mudanças desfavoráveis”, entre outras, estão constantemente presentes nos conceitos de envelhecimento. Estes termos, segundo Beauvoir (1990, p.20), são os maiores problemas nestes conceitos:

Definir o que é para o homem progresso ou regressão supõe que se tome como referência um determinado fim; mas nenhum é dado a priori, no absoluto. Cada sociedade cria seus próprios valores: é no contexto social que a palavra ‘declínio’ pode adquirir um sentido preciso.

Ao considerar um indivíduo como um todo, a qual aspecto deve-se dar mais valor? Beauvoir (1990) afirma que muitos escritores e filósofos, como Epicuro, consideravam a velhice como uma época que traz experiência, sabedoria e paz. Assim, a vida humana não conheceria o declínio, isso porque “declínio” físico e psicológico não andam juntos. Cada sociedade cria seus próprios valores e é no contexto social que a palavra “declínio” pode adquirir um sentido preciso.

Considerando a totalidade da saúde descrita por Minayo (2004), é possível sugerir que os “declínios” mencionados por alguns pesquisadores como características comuns do envelhecimento podem ser resultantes de um sistema social inadequado que não oferece boas condições de vida do que do envelhecimento em si, ainda mais quando se considera todo o contexto no qual vivem os idosos atualmente.

Alguns autores indicam que existe uma interação de diversos fatores que acompanham o envelhecimento, como aumentos de ansiedade, isolamento social, pouca motivação, mascarando muitas vezes a depressão e a insônia, precursoras comuns de infarte no miocárdio (RAUCHBACH, 1990; CHEIK et al., 2003; MATSUDO, 2001).

A satisfação de viver do idoso, e de todos os seres humanos, está relacionada à sua saúde, renda, segurança e relações sociais, por isso a depressão tem uma incidência maior em pessoas residentes em asilos, que sofrem de doenças médicas severas e/ou que estejam extremamente isoladas (BLAZER, 1998). Todos esses eventos podem ser considerados agentes estressores na vida do idoso, que pode estar associado à maior incidência de doenças psicossomáticas na terceira idade (BUSSE e BLAZER, 1992).

Rauchbach (1990) afirma que nos idosos os entusiasmos são menores, a motivação tende a diminuir e são necessários estímulos bem maiores para fazê-lo empreender uma nova ação, como se ele carecesse da reserva de força física ou psicológica para lutar contra fatores, tanto externos como internos, que ameacem a vida.

Alguns idosos podem se sentir inibidos em relação ao próprio corpo e com isto mudarem a postura, andando muitas vezes curvados, o que pode gerar problemas de coluna, rigidez, coordenação motora debilitada ocasionando em alguns o medo de caminhar, aumentando com essas dificuldades suas tensões psíquicas (RAUCHBACH, 1990).

No entanto, estes problemas não são inerentes ao envelhecimento, podendo ocorrer em qualquer fase da vida. Os problemas de saúde dos idosos estão inseridos em um contexto histórico-social amplo, e não são apenas resultantes da idade cronológica. O estresse, a depressão e outros transtornos que podem ocorrer nos idosos não estão apenas associados com o envelhecimento em si, e sim, com todos os problemas sociais que eles enfrentam de acordo com as suas condições e história de vida.

Simms (2004) destaca que é interessante para a sociedade capitalista associar o envelhecimento com a necessidade clínica, com a incapacidade, a fim de restringir as oportunidades econômicas e sociais a um círculo limitado de elegíveis, utilizando a exclusão social como forma de exploração.

Considerando a ideologia que está embutida nas pesquisas que tendem a comprovar estes “declínios”, biologicamente, tendemos apenas a alongar o percurso de vida, pois as condições farmacêuticas, médicas e sanitárias generalizam-se mais rápido do que as condições econômicas, sociais e culturais, indispensáveis para assegurar uma boa qualidade de vida. Tais condições aumentam a desigualdade social e geram dois tipos diferentes de idosos. O idoso rico, com qualidade de vida idêntica ou assemelhada à dos países desenvolvidos e o idoso pobre e hipodotado, que sobrevive graças ao avanço e a difusão dos benefícios da medicina e da saúde, mas sem condições materiais e sociais para lhe assegurar a qualidade de vida. Assim, construímos um módulo social de rejuvenescimento das elites, mas caminhamos para um modelo de morte social, pelo isolamento (MAGALHÃES, 1987).

Bosi (1994) contrapõe-se a esta idéia destacando que o idoso rico também sofre a discriminação, até mesmo da família, em especial dos filhos, que discutem o “futuro” do idoso, negando-lhe a possibilidade de escolha “para o seu próprio bem”. Assim, as dificuldades enfrentadas pelos idosos não estão relacionadas apenas a questão financeira, mas sim, com todo o modo de produção que tende a encarar os mais velhos como “peça de reposição”.

A velhice parece ser fruto de uma sociedade onde a degradação começa prematuramente com a degradação da pessoa que trabalha. Esta sociedade não desvaloriza somente o operário, mas todo trabalhador, o médico, o professor, o esportista, o ator, o jornalista, etc. (CHAUI, 1994). Nas palavras de Beauvoir (1990, p.16) “... o sentido ou não sentido de que se reveste a velhice no seio de uma sociedade coloca toda essa sociedade em questão, uma vez que através dela, desvenda-se o sentido ou o não sentido de qualquer vida anterior”.

Assim, para a manutenção da ideologia atual é interessante descrever os “declínios” ou as “perdas” da velhice, oprimindo o idoso e as suas lembranças, utilizando abordagens que analisem os aspectos separadamente e não demonstrem as contradições da nossa sociedade atual. Beauvoir (1990) indica que não basta descrever de maneira analítica os diversos aspectos da velhice: cada um reage sobre os outros e é afetado por eles, sendo que é no movimento indefinido desta circularidade que devemos apreendê-los. Por isso o estudo da velhice deve sempre tentar ser exaustivo. Mesmo enquanto destino biológico, a velhice é uma realidade que transcende a história e é vivida de maneira variável segundo o contexto social.

Na tentativa de captar este movimento, de estudar exaustivamente a velhice, necessita-se de uma “lente” adequada, ou melhor, de uma abordagem que dê conta de estudar este

fenômeno em maior profundidade, considerando os mais diversos aspectos da vida do idoso, buscando captar a “circularidade” descrita por Beauvoir (1990).

2.2.1.1 Identificando as contradições

O método dialético não pode ser compreendido fora do conjunto do pensamento marxista, por isto, a velhice, ao ser estudada com a “lente” dialética, é sempre considerada dentro do contexto social ao qual está inserida e em relação à história, pessoal e social. Neste ponto, consideramos que a contradição está sempre presente no estudo, uma vez que a abordagem dialética não pode encerrar as contradições (DEMO, 1987).

Em relação às categorias ou leis da dialética, considera-se aqui a da unidade dos contrários, a contradição. Triviños (1987) alerta para que não sejam confundidas as contradições primárias com as secundárias, assim, analisaremos primeiramente o que é a contradição primária.

Marx, citado por Lowy (1992), destaca e fundamenta sua teoria na contradição primária, que é o caráter *social* da produção e *privado* da propriedade, adquirida pelo lucro da produção. Consideremos agora a contextualização, exposta anteriormente, do idoso na sociedade atual. Observando a realidade existente e toda a ideologia intrínseca aos mecanismos de opressão do idoso na sociedade capitalista, é possível identificar a unidade de contrários, que é a mesma referenciada por Marx. Esta é a unidade na qual o sistema capitalista se sustenta, na luta de classes, na desigualdade, construída nas relações de produção.

É nesta contradição maior que se insere a problemática vivenciada pelos idosos, referente a perda do papel social, uma vez que ele não participa do processo de produção. Sendo considerado um peso para a sociedade capitalista, o idoso vê-se diante de uma nova contradição. Se por um lado as “pesquisas” e as “políticas públicas” tentam diminuir a incidência de doenças e problemas de saúde dos idosos por questões financeiras e ideológicas, por outro a sociedade oprime o idoso, forçando a perda do seu papel social como sujeito histórico, incapacitado de construir história devido aos “declínios” decorrentes da idade que o tornam “incapaz” de lembrar com clareza, ou seja, um sujeito sem história.

Assim, a sociedade capitalista mobiliza seus recursos para manter o idoso sem doenças, visando menor gasto com assistência, financia pesquisas que apontam todos os prejuízos “naturais” do envelhecimento, aumentando o preconceito, deixando-o impedido de lembrar, de opinar e de ensinar. Ele perde o seu papel social, tão importante para a

manutenção de uma boa qualidade de vida. Além disto, a desvalorização dos idosos na sociedade atual fica evidente nas pesquisas onde a justificativa principal é a redução das despesas médicas, sendo o bem-estar dos idosos, algo secundário.

Embora exista comprovação do caráter social e histórico da doença, a maioria das pesquisas na área da saúde pública apresenta um caráter clínico-biologicista, “pois a sociedade capitalista não pode assumir a causalidade social da doença sem destruir a legitimidade de um modelo que preconiza a organização da sociedade para o bem de todos e que, na prática, dificulta o acesso às condições de saúde” (SKALINSKI e PRAXEDES, 2003, p.307). O idoso vivencia esta contradição diariamente ao necessitar de serviços de assistência médico-hospitalar.

As políticas públicas/sociais escondem da população que os problemas enfrentados têm relação direta com o contexto global da sociedade, pois “a ideologia da humanização dos serviços é adotada pelo estado com o intuito de valorizar o ser humano e promover a falsa idéia de que existe igualdade de oportunidades” (SKALINSKI e PRAXEDES, 2003, p.308). Para os idosos sem condições sócio-econômicas, o hospital “humano” e o atendimento “humano” mostram uma realidade desumana, especialmente quando deslocam somente para os idosos a culpa por todas as suas doenças para justificar a desigualdade. Um exemplo disso é quando na saúde, atribui-se a doença à falta de higiene pessoal, à educação deficiente, ao mau comportamento do indivíduo que come ou bebe de forma indevida.

Assim, transformam-se as causas coletivas em responsabilidades individuais, culpando o indivíduo por todos os seus problemas de saúde, negando-lhe mais facilmente assistência. Isso é evidente no caso de indústrias, que fornecem péssimas condições de trabalho e alimentação, além de cargas horárias incompatíveis com os salários, mas entendem que os problemas de saúde dos funcionários são causados pelos seus “maus hábitos”, se isentando de qualquer responsabilidade ao oferecer “dez minutos de ginástica laboral” (outro tema polêmico).

Em relação ao idoso, isso vem se processando de maneira parecida, de forma que ele é levado a acreditar que é o único responsável pelos seus problemas de saúde, como se essa fosse uma realidade isolada de seu contexto histórico. Mesmo que tenha trabalhado intensamente durante muito tempo, e agora necessite se sustentar com uma aposentadoria insuficiente, que o força a viver em instalações precárias, isolado, sem lazer e sem função social, o idoso ainda leva a culpa de todas as suas doenças, pelos seus “maus” hábitos, entendendo muitos dos seus problemas como “naturais” da idade. A velhice é reduzida às doenças e ao declínio, como características “naturais” desta fase.

As idéias de “declínio” como naturais e inevitáveis são propagadas pelo capitalismo, desde o Fordismo e Taylorismo. A obsessão pela produção e a alienação do trabalho, fez com que os idosos fossem considerados muito lentos e caros para empregar, sendo que as pensões serviram para legitimar o desemprego, transformando as demissões em aposentadorias (SIMMS, 2004). Simms (2004) destaca que no mundo neoliberal, a idade foi forjada para a necessidade clínica, a fim de se tornar uma formidável força de exclusão e exploração, através do isolamento social. Esta exclusão envolve a escolha de certos atributos físicos e sociais como base justificativa da exclusão, onde qualquer atributo do grupo pode ser utilizado para a monopolização de oportunidades específicas, normalmente econômicas. O propósito é sempre o fechamento de oportunidades sociais e econômicas para os desviantes. As mulheres e os idosos se incluem neste grupo alvo com oportunidades restritas.

Com a idéia de que o envelhecimento leva ao declínio, como algo natural, dado biologicamente, universal e irreversível, houve a exclusão dos idosos da força de trabalho e do serviço hospitalar de saúde, com base nos critérios de idade e necessidade. Tal exclusão desencadeia um processo de subordinação, transferindo os limites entre as esferas ‘públicas’ e ‘privadas’ de cuidado. Esta transferência acontece pela associação direta da idade com a necessidade clínica, transformando o cuidado médico contínuo em “responsabilidade social” da família, e não uma responsabilidade pública (SIMMS, 2004).

O estudo de Simms (2004) evidencia que o capitalismo move mecanismos pelos quais exclui os idosos da sociedade, criando uma formação social subordinada. As pesquisas que visam comprovar os declínios e as perdas geradas pelo envelhecimento tendem a forjar uma suposta necessidade clínica que torna os problemas dos idosos uma responsabilidade da família, privada, sendo que os mais pobres quando ficam doentes são mandados para asilos, negando-lhes desta forma o serviço médico hospitalar.

É neste contexto que acontecem as contradições em relação à saúde dos idosos. Breilh (2003) destaca que é necessário estudar a saúde dentro de uma problemática social mais ampla, afirmando que o maior desafio nos momentos atuais é melhorar nossa consciência objetiva sobre os novos problemas de uma realidade complexa e caracterizada por uma espiral de desigualdade crescente, mas o fazer trabalhando simultaneamente por uma consciência sobre a subjetividade como ferramenta de impulso coletivo. Para Breilh (2003, p.33) “*La Idea es contextualizar la dureza del desafío de construir herramientas para la vida, en un escenario levantado al servicio de la muerte*”¹.

¹ Tradução da autora: *A idéia é contextualizar a dureza do desafio de construir ferramentas para a vida em um cenário construído a serviço da morte.*

2.3 O estresse e o envelhecimento

O estresse resulta da ação de um agente estressor, que exerce força e produz uma resposta ao estresse no receptor (KOLB e WHISHAW, 2002). Em 1936, o fisiologista Hans Seyle introduziu o termo “stress” para designar a resposta geral e inespecífica do organismo a um estressor ou a uma situação estressante. Posteriormente, o termo passou a ser utilizado tanto para designar esta resposta do organismo como a situação que desencadeia os efeitos desta (LABRADOR e CRESPO, 1994).

O termo estresse denota um estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional e, ao perturbarem a homeostasia, disparam um processo de adaptação caracterizado, principalmente, pelo aumento de secreção de adrenalina produzindo diversas alterações sistêmicas com distúrbios fisiológicos e psicológicos. O termo estressor define o evento ou estímulo que provoca ou conduz ao estresse (MARGIS et al., 2003).

A resposta ao estresse envolve mecanismos fisiológicos específicos envolvidos na resposta de luta/fuga, preparando o corpo para tais respostas. No entanto esta resposta depende não apenas do agente estressor, mas também da percepção subjetiva do indivíduo frente a tais estímulos. Sendo assim, a resposta ao estresse é o resultado da interação entre as características da pessoa e as demandas do meio, compreendendo aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos que visam proporcionar ao indivíduo uma melhor percepção da situação e das suas demandas, bem como um processamento mais rápido de informação disponível para buscar soluções adequadas, preparando o organismo para agir de maneira rápida e vigorosa (MARGIS et al., 2003).

Entretanto, este mecanismo é eficaz até certo limite, que ultrapassado poderá desencadear um efeito desorganizador, podendo gerar manifestações patológicas diversas, variando desde transtornos como depressão e ansiedade até problemas coronarianos (GREENBERG, 2002). A ocorrência destes problemas pode ser compreendida pelo estudo dos mecanismos do estresse, especificamente pela ação dos hormônios envolvidos na resposta psicofisiológica ao estresse.

Para os idosos, os agentes estressores podem ser os mais variados, como a aposentadoria, a morte de entes queridos, o declínio das capacidades físicas e cognitivas, mudanças de papéis sociais, entre outros (GREENBERG, 2002). No entanto, a forma como cada idoso percebe estes estressores é um dos principais determinantes de como ele é afetado pelo estresse. Desta forma, investigar apenas os fatores estressantes na vida do idoso pode não

ser uma boa medida para saber o quanto ele é afetado pelo estresse (COHEN, KARMACK E MERMELSTEIN, 1983, COHEN e WILLIAMSON, 1988).

Para investigar a percepção subjetiva ao estresse, foi cunhado o termo “estresse percebido”, que está diretamente relacionado com a resposta fisiológica do indivíduo ao estresse. Vedhara et al. (1999) realizaram um estudo investigando a relação entre estresse crônico, cortisol e imunidade em idosos cuidadores de pacientes com demência. O estresse foi mensurado através da escala de estresse percebido de Cohen, Karmack e Mermelstein (1983). A ansiedade e a depressão foram mensuradas através do *Savage Aged Personality Screening Scale* de Savage (1990). A análise destas variáveis psicológicas indicou que apenas o estresse percebido respondeu por 71,6% a 76,1% da variação nos níveis de cortisol e imunidade.

Bollini et al. (2004) demonstraram que indivíduos com maior percepção de controle do estresse liberavam menor quantidade de cortisol mediante uma situação de estresse provocada em laboratório.

Desta forma, o estresse é influenciado pela percepção subjetiva e pelo controle interno do sujeito em resposta a agentes externos. Muitos idosos parecem ter sua capacidade de controle do estresse reduzida, devido a diversos fatores (ZEC, 1995). No entanto, a maior dificuldade encontrada nas pesquisas sobre os aspectos psicológicos do envelhecimento é a mensuração destas variáveis, indicando ser este um fator importante e decisivo para este tipo de investigação (SPIRDUSO, 2005).

Existem 3 formas de medir o estresse, uma é direcionada a presença de agentes estressores específicos, outra é voltada para os sintomas físicos e psicológicos do estresse e a terceira pretende mensurar a percepção de estresse individual de forma global, sem referências a agentes estressores específicos (COHEN e WILLIAMSON, 1988). Existem também instrumentos que mensuram o nível de estresse por meio de escalas que quantificam o impacto de eventos estressores específicos (*life-events impact*), porém estes instrumentos apresentam limitações, uma vez que a percepção de eventos como ameaçadores varia muito de indivíduo para indivíduo.

Cohen, Karmack e Mermelstein (1983) propuseram uma escala que mensura o estresse percebido, ou seja, mede o grau no qual os indivíduos percebem as situações como estressantes. Esta escala denominada de “*Perceived Stress Scale – PSS*” foi inicialmente apresentada com 14 itens (PSS 14), sendo também validada com 10 (PSS 10) e 4 (PSS 4) apenas para pesquisas realizadas por telefone. A PSS 14 é a versão original na qual os itens foram designados para verificar o quanto imprevisível, incontrolável e sobrecarregada os respondentes avaliam suas vidas (COHEN et al., 1983). Estes 3 fatores têm sido considerados

como componentes centrais na experiência de estresse (LAZARUS e FOLKMAN, 1984). A PSS é uma escala geral, que pode ser usada em diversos grupos etários, desde adolescentes até em idosos, pois não contém questões específicas do contexto. A escala, desenvolvida e validada por Cohen et al. (1983), vem sendo muito utilizada para mensuração global do estresse.

É importante ressaltar que ao centrar o estresse na percepção de forma global, sem considerar os agentes estressores, se perde no sentido de conhecer a origem da situação, o que é percebido como estressante. No entanto, as escalas disponíveis que apresentam uma pontuação específica para cada evento também são problemáticas, porque definem *a priori* os agentes estressores. Outro fator importante é que o estresse percebido não é meramente individual, pois depende dos recursos que os sujeitos possuem para lidar com as situações estressantes, quaisquer que sejam estas. Estes recursos envolvem a história de vida, o contexto econômico-social, o nível educacional, enfim, uma complexidade de elementos que fazem com que o estresse varie bastante entre os indivíduos.

2.3.1 Mecanismos do Estresse

O contexto histórico-social, os acontecimentos, a cultura, os relacionamentos, enfim, tudo o que o ser humano vive repercute na sua biologia. O mecanismo biológico do estresse foi sintetizado neste capítulo a fim de demonstrar como o corpo reage biologicamente aos eventos estressores e como isto influencia na memória e no desenvolvimento de algumas doenças.

Quando o organismo se depara com um estressor, a via que primeiro o percebe envia uma mensagem para o encéfalo. Essa mensagem passa pelo sistema de ativação reticular ligando-se ao sistema límbico e tálamo. O sistema límbico é o local onde se desenvolvem as emoções, e o tálamo determina o que fazer e como filtrar as mensagens que chegam e são enviadas ao hipotálamo, onde se iniciam as respostas ao estresse (GREENBERG, 2002).

Estas respostas envolvem duas vias de ação, uma rápida e outra lenta. O objetivo da primeira é proporcionar uma rápida disponibilização de energia e o principal hormônio é a adrenalina. Na via rápida o encéfalo envia mensagem neural pela medula espinal. O sistema simpático é então ativado para estimular a glândula supra-renal a liberar adrenalina ao sistema circulatório. A adrenalina estimula as células corporais, as glândulas endócrinas e o encéfalo.

Essa via promove uma disponibilização rápida de energia, preparando o corpo rapidamente para a resposta (KOLB e WISHAW, 2002).

A via de ação lenta leva de minutos a horas para ser ativada. Esta via tem como hormônio principal o cortisol e tem como função preparar o organismo para adaptações mais demoradas, tais como a restauração de tecidos e células após o gasto de energia. Neste mecanismo, o hipotálamo libera o “hormônio liberador de corticotropina” (CRH) através das veias para a hipófise anterior que ao receber o CRH libera o hormônio liberador adrenocorticotrófico (ACHT) na corrente sanguínea. O ACHT atua sobre a glândula suprarrenal e seu córtex libera cortisol no sistema circulatório, que ativa as células corporais, as glândulas endócrinas e o encéfalo (KOLB e WHISHAW, 2002).

O cortisol tem uma grande variedade de funções, que inclui a desativação de todos os sistemas corporais não imediatamente necessários para lidar com um estressor. Por exemplo, o cortisol desativa a insulina para que o fígado comece a liberar glicose, produzindo assim, um desequilíbrio homeostático temporário. O cortisol também paralisa as funções reprodutivas e inibe o sistema imune, para que os suprimentos de energia possam ser concentrados para lidar com o estresse (REICHE et al., 2004).

Embora o cortisol seja hidrofóbico, ele é transportado pela corrente sanguínea, ligando-se a uma proteína. Quando deixa o sangue, ele se desliga desta proteína, penetra as membranas celulares e induz a transcrição do gene no DNA das células, resultando na síntese de novas moléculas de proteína. As proteínas recém-produzidas contribuem para a mobilização dos recursos corporais e a regeneração dos danos causados pelo estressor e pela resposta ao estresse (BEAR et al., 2002).

Uma das principais funções do cortisol neste sistema é aumentar o teor de açúcar no sangue, através da conversão de aminoácidos e glicogênio, reação que ocorre no fígado. Além disso, o cortisol mobiliza ácidos graxos livres a partir do tecido adiposo, quebra a proteína e aumenta a pressão sanguínea arterial. O cortisol também provoca outras alterações como a diminuição dos linfócitos liberados pela glândula do timo e os nódulos linfáticos, por esta razão, o aumento do cortisol diminui a efetividade da resposta imunológica (GREENBERG, 2002). Essa relação entre cortisol e imunidade foi demonstrada em um estudo realizado por Davidson et al. (2003) onde foi observado que quanto maior os níveis de cortisol menor a imunidade. Nesta pesquisa, Davidson et al. (2003) aplicaram uma vacina contra a gripe em indivíduos com maior e menor nível de cortisol e verificaram que aqueles com os maiores níveis responderam menos à vacina do que os com níveis normais.

Margis et al. (2003) indicam que os mecanismos fisiológicos de resposta ao estresse são ativados pela percepção de um estímulo como um estressor. Considerando que o mecanismo típico de resposta inclui a preparação do corpo para ações físicas, como lutar ou fugir, mas que a demanda atual da sociedade leva os indivíduos a perceberem como estressantes e ameaçadores eventos que não necessitam de uma resposta essencialmente “física” com ação forte da musculatura, começam a ocorrer algumas patologias decorrentes do desequilíbrio entre a demanda e a resposta. Desta forma, existem lesões causadas pelo excesso de cortisol proveniente da percepção aumentada de ameaça, de estresse.

Normalmente os estressores são eventos de curta duração. O organismo mobiliza seus recursos, enfrenta o desafio e, em seguida, encerra a resposta ao estresse. Como somente o encéfalo é responsável pela ativação da reação ao estresse, ele também é responsável por sua desativação. Quando a causa do estresse termina, o encéfalo instrui o hipotálamo a desativar a resposta (GREENBERG, 2002).

O hipocampo tem uma função importante na desativação da resposta ao estresse, pois contém uma alta densidade de receptores de cortisol, além de axônios que se projetam para o hipotálamo. Desta forma, o hipocampo é responsável por detectar o cortisol no sangue e instruir o hipotálamo a reduzir esses níveis. Se os níveis de cortisol permanecerem elevados por muito tempo devido à uma situação contínua de estresse, esses níveis podem causar danos ao hipocampo, que ao ser danificado é incapaz de desempenhar sua função normalmente. Isto pode estabelecer um círculo vicioso no qual o hipocampo sofre degeneração progressiva e os níveis de cortisol não são controlados (KOLB e WHISHAW, 2002).

O hipocampo é uma região cerebral importante para a memória, especialmente para a de curto prazo. Maclulich et al. (2005) investigaram a relação entre níveis de cortisol, volume encefálico (por ressonância magnética) e cognição em idosos saudáveis. Os resultados indicaram que maiores níveis de cortisol estão associados a déficits cognitivos, porém, estes déficits não apresentaram relação com a atrofia encefálica, embora este estudo tenha encontrado alterações no hipocampo dos idosos com maior nível de cortisol circulante.

Wolf et al. (2005) realizaram um estudo com o objetivo de investigar a redução na memória e os níveis de cortisol de idosos. Os resultados apontaram que as idosas com maiores níveis de cortisol eram as que apresentavam as maiores queixas de perda de memória, no entanto, essa diferença não foi tão forte nos homens. Este estudo estava baseado em resultados de pesquisas anteriores que indicaram que os idosos com maiores queixas de memória apresentavam também os piores desempenhos em testes de laboratório que testavam memória, especialmente, a de curto prazo. É difícil afirmar que os homens com maior

cortisol circulante não apresentem dificuldades de memória, uma vez que eles podem ter se queixado menos do problema, mas o apresentar na vida diária.

A disponibilidade aumentada de cortisol pode causar muitos danos a saúde geral do indivíduo, tanto danos encefálicos, quanto circulatórios. Ao analisar a função do cortisol observando como ele age quando a energia disponibilizada para lutar ou fugir não é consumida, pode se ter uma idéia das lesões geradas pelo estresse prolongado. Por exemplo, o aumento de disponibilização de glicose sangüínea e triglicérides, em longo prazo, pode levar a elevações significativas na pressão arterial, o que faz com que muitos pesquisadores da fisiologia considerem o estresse como um importante fator de risco para a doença coronariana (POWERS e HOWLEY, 2000).

A supressão do funcionamento do sistema imunológico, causada pelo cortisol, pode ser a origem de muitos tipos de câncer. Reiche et al. (2004) realizaram um estudo onde foi verificado que o estresse excessivo dificulta o funcionamento das células T e dos “*natural killers*” que são responsáveis por destruir as células cancerosas.

Otte et al. (2005) demonstraram que a resposta do cortisol ao estresse aumenta com o envelhecimento, e que é maior em mulheres do que em homens. Além de problemas coronarianos e imunológicos, o cortisol vem sendo estudado como uma possível causa para danos cognitivos ocorridos especialmente em idosos. Possivelmente o cortisol, o hormônio do estresse, seja responsável por uma grande parte da perda de memória ocorrida em alguns idosos.

2.4 A Depressão

Pode-se definir a depressão como uma síndrome psiquiátrica com componentes biológicos e psicológicos caracterizada por sintomas emocionais, motivacionais e físicos com grande repercussão na vida do indivíduo (GUIMARÃES, 1996; KATZ, 2003).

De acordo com *Diagnostic and Staisical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) dependendo da sintomatologia, duração e gravidade, os transtornos depressivos podem ser classificados em: transtorno depressivo maior (unipolar), transtorno distímico e transtorno depressivo sem outra especificação.

Os sintomas decorrentes dos transtornos depressivos comprometem diversos aspectos do ser humano (emocional, psicológico, cognitivo, social, motor e neurovegetativo), sendo que a gravidade e a quantidade de sintomas variam de acordo com cada pessoa e também com o tempo de duração da depressão (SILVEIRA, 1998; NIHM, 2003).

O indivíduo com transtorno depressivo apresenta como alteração afetiva marcante a tristeza, bem como o desinteresse ou falta de prazer em realizar atividades anteriormente agradáveis e tristeza (SILVEIRA, 1998; NIHM, 2003). Além de viver com a tristeza, a pessoa depressiva tende a se isolar cada vez mais, devido ao seu desinteresse em interagir com o ambiente social (MCKHANN, 2003). De outro lado, estão os que também se afastam dos entristecidos para evitar ser por eles influenciados, o que agrava ainda mais o isolamento social das pessoas com depressão.

No âmbito cognitivo, pode-se observar como característica da depressão, a dificuldade de concentração, memória e de tomar decisões. Sentimentos de culpa, inutilidade, pessimismo, pensamentos de morte ou suicídio e tentativa de suicídio, também, afligem os indivíduos que apresentam alguma forma de transtorno depressivo (NIHM, 2003).

Associado a todos esses sintomas pode-se verificar alterações fisiológicas e neurovegetativas, tais como alteração do sono, apetite e desejo sexual. Quanto ao sono, o indivíduo pode apresentar insônia ou a necessidade de dormir excessivamente, no que se refere ao apetite, este pode estar diminuído ou aumentado (SILVEIRA, 1998; NIHM, 2003).

2.5 A atividade física

A atividade física tem sido estabelecida como um comportamento relacionado à saúde tornando-se foco da saúde pública. Partindo do objetivo de melhorar a saúde, muitos esforços vêm sendo feitos para determinar a quantidade de atividade física necessária para um indivíduo melhorar a sua saúde (SALLIS e OWEN, 1999).

O primeiro esforço para definir a quantidade de atividade física necessária para melhorar a aptidão aeróbica e a composição corporal em indivíduos saudáveis foi feito pelo Colégio Americano de Medicina do Esporte em 1978 (ACSM, 1978). Este esforço foi feito com base nos estudos científicos experimentais e preconizava que a atividade física deveria ser aeróbica, realizada de 3 a 5 vezes por semana, em intensidade de 60% a 90% da

frequência cardíaca máxima de reserva ou 50% a 85% do consumo máximo de oxigênio, com duração de 15 a 60 minutos.

Estas recomendações de 1978 influenciaram na pesquisa e na prática dos cientistas e profissionais da saúde, sendo que os pesquisadores avaliavam se os participantes dos estudos estavam praticando a quantidade aconselhada e os profissionais recomendavam esta quantidade de atividade física para programas preventivos e terapêuticos (SALLIS e OWEN, 1999). As políticas públicas foram influenciadas pelo guia do ACSM (1978), especialmente nos Estados Unidos. O manual ficou conhecido no mundo inteiro e se tornou o padrão de recomendação de atividade física.

As recomendações do ACSM (1978) apresentavam vantagens como serem de fácil entendimento, poder ser usadas por profissionais da saúde e por pessoas leigas, ajudarem a aumentar a consciência e o desejo das pessoas em se tornar fisicamente ativas, colaborando com uma melhora da aptidão física de um número significativo de pessoas no início dos anos 80. No entanto, Sallis e Owen (1999) apontam que foram verificados alguns problemas no referido manual. Primeiro, porque foi desenvolvido baseado na quantidade de atividade física necessária para melhorar a aptidão aeróbica de indivíduos sedentários, mas foi interpretado como a quantidade necessária para assegurar uma boa saúde. Segundo, o guia foi feito com base em estudos realizados em homens brancos, mas foi generalizado para mulheres, crianças e idosos, de todos os grupos étnicos e raciais. Terceiro, os exercícios aeróbicos sugeridos no guia não pareceram atrativos o suficiente para a grande maioria dos adultos.

A baixa adesão de muitas pessoas ao guia pressionou para que novas pesquisas fossem realizadas. As recomendações foram revisadas em 1990, sendo que a mudança mais significativa foi adicionar o objetivo de desenvolver força muscular. Apenas mudanças pequenas foram feitas nas recomendações de exercício aeróbico, reforçando que o posicionamento foi feito com base em estudos científicos e agradecendo aos estudos epidemiológicos que demonstraram que níveis mais baixos de atividade física eram suficientes para diminuir o risco de desenvolver certas doenças crônicas. Enfatizaram que o guia era direcionado ao aumento da aptidão física e a melhora da composição corporal, sem prover, no entanto, um manual específico relacionado à saúde (ACSM, 1990).

Sallis e Owen (1999) indicaram que os estudos epidemiológicos que tentavam demonstrar a existência de associação entre doses menores de atividade física e saúde pressionaram as recomendações a serem reduzidas em intensidade e duração. O principal motivo alegado era que o guia era muito rígido e desencorajava qualquer prática de atividade física pelas pessoas, especialmente pelos indivíduos de países industrializados. O argumento

era que modificar as recomendações poderia estimular as pessoas a se tornarem mais ativas fisicamente e ter comportamentos saudáveis.

O novo manual, resultado desta mudança de foco nas atividades de intensidade moderada, foi publicado no *Health People 2000* (DHHS, 1996). Este documento foi uma determinação do governo americano sobre promoção de saúde e prevenção de doenças. As novas recomendações indicavam a realização de pelo menos 30 minutos de atividade física moderada em no mínimo 5 dias por semana, preferencialmente todos os dias. Os trinta minutos de atividade física poderiam ser feitos de maneira contínua (uma sessão) ou acumulada (duas sessões de 15 minutos) (DHHS, 1996). Nas recomendações da segunda edição, o *Health People 2010* (DHHS, 2000), foi indicado que os 30 minutos poderiam ser atingidos de forma acumulada com sessões de 10 minutos.

Sallis e Owen (1999) destacam que a nova postura em relação às recomendações de atividade física resulta, na maioria das vezes, em três enganos. O primeiro é que muitas pessoas acreditam que não precisam muita atividade física quando seguem o guia de atividade física moderada. Isto não é verdade, porque o total do gasto energético é similar, sendo que se a intensidade é reduzida, a frequência deve aumentar de 3 vezes por semana para “preferencialmente” todos os dias. O segundo engano é acreditar que as atividades moderadas exigem pouco ou nenhum esforço. A atividade física moderada deve provocar transpiração e aumento da frequência cardíaca, embora a níveis inferiores aos indicados nas atividades prescritas anteriormente pelo ACSM (1990). O terceiro engano é pensar que as atividades intensas não são mais recomendadas. Outro problema é que esta abordagem leva muitas pessoas a acreditar que já acumularam os 30 minutos de atividade física andando, quando isto provavelmente não é verdade, porque as caminhadas são de intensidade muito baixa, insuficiente para ser considerada moderada.

O fato de ter sido verificado que atividades intermitentes e moderadas também produzem efeitos positivos na saúde não exclui a importância da prática sistemática de atividade física, em período e local adequado à prática, conforme é apontado no manual do ACSM (2000).

Woof-May et al. (2003) realizaram um estudo com o objetivo de investigar se a prática de sessões acumuladas de atividade física (dez minutos cada) é efetiva para a produção de mudanças na função cardíaca tanto quanto uma sessão extensa e única. O estudo foi experimental, comparando os efeitos de pequenas e longas sessões de atividade física na função cardíaca antes e depois de um período de 18 meses de treinamento. Os resultados indicaram que sessões de 10 minutos não resultaram em benefícios ao coração similares aos

obtidos com sessões mais longas, considerando que os grupos somavam o mesmo tempo e intensidade de atividade física. Conseqüentemente, os autores destacam que aqueles que afirmam que a atividade física pode ser feita de forma acumulada devem estar conscientes que o seu potencial benefício à saúde não pode ser equiparado àqueles obtidos com exercícios realizados em sessões mais longas.

Assim, existem contradições com as novas recomendações de atividade física para a população. Uma delas é que as recomendações atuais de atividade física estão levando muitos indivíduos a acreditar que estão sendo beneficiados fazendo uma atividade que, na maioria das vezes, é insuficiente. Um estudo clássico realizado por Paffenbarger et al. (1996) verificou que em 12 anos os estudantes que gastavam mais de 2000 Kcal em atividades do cotidiano tinham menores riscos de morbidade e doenças cardiovasculares. Com base em estudos como estes que muitos pesquisadores entenderam o gasto energético como determinante na relação atividade física e saúde.

No entanto, observando a tabela de gasto calórico publicada no posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (CARVALHO et al., 1996), pode-se verificar que as atividades e o tempo necessário para obter o gasto energético indicado no estudo de Paffenbarger et al. (1986) é muito superior ao que vem sendo realizado nos estudos brasileiros.

A prática atual de recomendar qualquer atividade física informal para a melhora da saúde pode levar o idoso a se iludir que atinge os objetivos ficando em pé, descendo e subindo escadas, limpando a casa, quando na verdade não estas atividades não oferecem os mesmos benefícios obtidos com exercício físico feitos de forma contínua. Isto sem considerar outros fatores, como a escolha da atividade por parte do sujeito, pois dificilmente um indivíduo conseguiria gastar 2000 kcal semanais em um exercício que não gostasse. Caso o fizesse, são duvidosos os efeitos benéficos que possa obter com tal prática, uma vez que até mesmo em modelos animais é prejudicial praticar exercícios forçadamente.

Assim, pode-se perceber que as modificações no manual, e nas recomendações de atividade física para a saúde foram adaptadas à realidade social, mascarando os problemas sociais ao invés de denunciá-los. A atividade física adquiriu status de ginástica laboral, adaptando-se as necessidades de uma sociedade direcionada para o lucro.

As pesquisas e a literatura tradicional sobre atividade física e saúde contêm muitas referências ao fato de que as mudanças nos comportamentos de exercício e saúde estão associadas com a necessidade de “ter controle do estilo de vida pessoal” (BIDDLE, MUTRIE e MURTIE, 1999). Assim, a informação que muitas doenças ligadas com a morte prematura

estão associadas ao estilo de vida tem a mensagem implícita que os indivíduos são os únicos responsáveis pela sua própria saúde e bem estar. Embora esta abordagem tenha seu valor contra teorias genéticas que levam a aceitação das condições negativas de saúde, deve-se reconhecer que existem problemas com tais mensagens de saúde que encorajam o controle pessoal como a principal forma de mudar o comportamento.

Alguns autores argumentam que a maior ênfase deve ser colocada nos determinantes sociais da saúde e acusam aqueles que superestimam a necessidade de controle pessoal adotando a abordagem de “culpabilização da vítima” (*victim blaming*) (BIDDLE, MUTRIE e MURTIE, 2001).

Ferreira e Najar (2005) propõem uma reflexão sobre o processo de adesão à prática de atividades físicas e sobre as ações costumeiramente adotadas neste sentido em programas de promoção de estilo de vida ativo (especialmente o Agita São Paulo). Os objetivos, estratégias e avaliações destes programas enfocam o aumento do nível de atividade física da população e a ampliação dos conhecimentos sobre os benefícios da atividade física na saúde. Tendo em vista a complexidade da adesão à atividade física, aponta-se para a necessidade de ampliação do número de variáveis sobre as quais deveriam repousar as avaliações e ações dos programas. É preciso considerar variáveis como oferta, acessibilidade e qualidade de espaços para traduzir melhor desempenho das ações adotadas, melhorando a elaboração e avaliação dos programas de promoção de atividade física de abrangência nacional.

Alguns países lidaram com o dilema de ter responsabilidade por certas ações relacionadas ao estilo de vida dos cidadãos, outros adotaram a postura de afirmar que a responsabilidade recai sobre as pessoas. Isto pode ser observado na determinação dos documentos publicados por entidades ligadas ao governo, como por exemplo, o Documento de Saúde dos EUA (*Health Document*, 1993), onde é destacado que os comportamentos de saúde recaem na escolha pessoal, entendendo que o comportamento é determinado apenas pelas atitudes individuais, sem referências às influências econômicas e sociais e presumindo que as vítimas de doenças possíveis de serem prevenidas são “desleixadas” com a própria saúde (BIDDLE, MUTRIE e MURTIE, 2001).

A constatação de que é possível obter bons resultados na saúde substituindo a prática regular de atividade física por algumas “caminhadas até o trabalho” ou mesmo “subir degraus de escada” reforça esta postura, onde recai sobre o indivíduo a responsabilidade sobre todas as suas doenças, subestimando a importância do governo proporcionar estruturas públicas adequadas à prática regular de atividade física (afinal, ele pode subir escadas e ir caminhando ao trabalho) e desconsiderando o fato das exigências de trabalho, muitas vezes, não lhe

proporcionarem condições de vida adequadas como tempo de lazer, pausa suficiente para almoço e horas de descanso.

Embora haja esta postura de defender a atividade física acumulada como forma de manter a saúde, é defendido, no próprio manual do ACSM (2000) que para obter benefícios e garantir a segurança é necessário acompanhamento profissional especializado, realizado por médicos, nutricionistas e professores de educação física. Matiello Júnior e Gonçalves (2001, p.6) denunciam que “os discursos de acompanhamento particularizado são relativizados nas diferentes instâncias do poder”. Os autores equiparam as recomendações de atividade física “bricolagem”, que é um termo utilizado na construção civil e na decoração de ambientes, onde aqueles que não têm dinheiro para pagar um profissional, antes imprescindível, podem utilizar um manual associado à idéia de “faça você mesmo”.

[...] para a grande legião de excluídos, conservam-se programas de caráter massivo com maquiagem de modernidade, proliferando inclusive pelas vias das políticas públicas através de ensino para auto-controle dos exercícios e seus efeitos, inseridos num pacote de motivação por toda a vida”(MATIELLO JUNIOR e GONÇALVES, 2001, p.6).

Alguns estudos têm tentado demonstrar que a atividade física acumulada pode ser tão efetiva quanto a realizada em uma sessão mais longa. A maioria destes estudos enfatiza a semelhança dos efeitos em relação à composição corporal e a aptidão aeróbica (OSEI-TUTU e CAMPAGNA, 2005). No entanto, alguns estudos experimentais compararam os efeitos de exercícios acumulados com os realizados em sessão longa, entre estes, Murphy et al. (2002). Neste estudo, foram comparados os efeitos de 6 semanas de treinamento em dois diferentes grupos: o primeiro constando de 30 minutos de caminhada vigorosa, 5 vezes por semana, o segundo grupo realizava a mesma caminhada em 3 sessões de 10 minutos, 5 vezes por semana. A intensidade destas caminhadas foi de 70 a 80% da frequência cardíaca máxima. Murphy et al. (2002) verificaram que ambos os programas de exercício promoveram melhoras significativas no bem estar psicológico dos participantes, sem diferenças entre os grupos.

No entanto, Osei-Tutu e Campagna (2005), ao compararem os efeitos de sessões longas com os de sessões de exercício acumulado por 8 semanas em uma intensidade de 60% à 79% da frequência cardíaca máxima, não verificaram os mesmos resultados. Os sujeitos que realizaram exercício acumulado (3 vezes de 10 minutos ao dia) não obtiveram benefícios significativos nos estados de humor quando comparados aos que realizaram uma sessão diária de 30 minutos. O protocolo de treinamento utilizado por Osei-Tutu e Campagna (2005) foi

semelhante ao de Murphy et al. (2002), diferenciando-se apenas em relação à intensidade da atividade física.

Assim, a realização de atividade física de forma acumulada pode ser considerada benéfica no bem estar psicológico, porém, a intensidade destas sessões de 10 minutos deve ser elevada. No caso do idoso, dificilmente alguma atividade do cotidiano permitirá que ele trabalhe por 10 minutos em uma intensidade elevada, como a investigada por Murphy et al. (2002), de 70 a 80% da frequência cardíaca máxima. Este problema quando é trazido para a realidade dos estudos epidemiológicos é ainda mais complicada, porque os instrumentos indiretos de mensuração do nível de atividade física dificilmente terão como obter precisamente a intensidade do exercício realizados “por mais de dez minutos” pelos idosos.

Osei-Tutu e Campagna (2005) sugerem que para que a atividade física tenha benefícios psicológicos ela deve ser feita por períodos estendidos e não de forma acumulada. Harris et al. (2003) verificaram que o significado e a prática regular de atividade física quando feita de forma intencional, estão associados a efeitos mais fortes na saúde e no bem estar mental. Daley e Maynard (2003) ao comparar os efeitos do exercício físico sobre a ansiedade e bem estar psicológico, verificaram que estes benefícios eram maiores quando os sujeitos escolhiam a atividade física de sua preferência. Malmberg et al. (2005) demonstraram que a saúde percebida estava relacionada apenas com a prática regular de atividade física de lazer e não com o gasto energético total.

Estes estudos sugerem que o foco, especialmente ao tratar dos aspectos neuropsicológicos, deve recair sobre o tipo, quantidade e intensidade da atividade física e não sobre o gasto energético total, que não parece influenciar nas variáveis psicológicas.

2.5.1 O estresse, a depressão e a prática de atividade física em idosos

Existem evidências de que a atividade física favoreça o bem-estar psicológico. As pesquisas indicam que a prática de atividade física modifica a capacidade de lidar com o estresse através do aumento dos recursos físicos e psicológicos atingidos com o exercício (SPIRDUSO, 2005).

Traustadóttir et al. (2005) demonstraram que no envelhecimento, diferentes estilos de vida podem estar associados a tipos distintos de resposta ao estresse. Os resultados deste estudo indicaram que entre as idosas que não praticam atividade física, o envelhecimento está

associado a maior reatividade ao estresse, liberando mais cortisol frente a um evento estressante. As idosas praticantes de atividade física apresentaram uma atenuação nestas respostas, demonstrando um menor aumento nos níveis de cortisol frente aos mesmos eventos estressantes. No entanto, não foi observado se as idosas que praticavam atividade física se diferenciavam das que não praticavam em relação à classe econômica e escolaridade. Estas variáveis não foram consideradas na pesquisa de Traustadóttir et al (2005).

Estes resultados indicam que existem formas diferentes de reagir ao mesmo agente estressor, intensificando ou minimizando as respostas fisiológicas. A prática de atividade física, a meditação, o relaxamento, a psicoterapia e a fé vem sendo observados na tentativa de descobrir como obter uma melhor reação ao estresse (GREENBERG, 2002).

Alguns estudos (MOSES et al., 1989; LANDERS; PETRUZZELLO, 1994; MORGAN, 1987) têm demonstrado que o exercício físico diminui a ansiedade, tensão e afeto negativo e que aumenta o afeto positivo.

Dados de pesquisas epidemiológicas sugerem uma associação entre sedentarismo e níveis elevados de sintomas depressivos em jovens e idosos. A importância de estudar estas variáveis em idosos é destacada pelos dados que apontam diferenças na relação entre exercício físico e depressão que são dependentes da idade. Por exemplo, Fukukawa et al. (2004) avaliaram a relação entre exercício físico e depressão em 1000 homens e mulheres japoneses com idade entre 40 e 79 anos. Nenhuma associação significativa entre exercício e sintomas depressivos foi encontrada nos adultos de meia idade, no entanto, nos idosos, a participação em exercícios físicos pareceu estar associada a menor presença sintomas depressivos. O grupo de idosos apresentou menor renda mensal e mais indivíduos do sexo masculino em relação ao grupo de adultos, o que pode ter influenciado nos resultados.

Harris et al. (2006) examinaram a associação entre a atividade física, praticada regularmente com o objetivo de redução do estresse, depressão e variáveis demográficas em bases de 1, 4 e 10 anos. Maior nível de atividade física foi associado com menos depressão, mesmo quando foi considerado gênero, idade, problemas médicos e eventos de vida (estressores). A atividade física reduziu os efeitos das condições médicas e dos eventos de vida negativos na depressão, mas apenas quando ela foi realizada com o objetivo de redução de estresse. Os resultados permitem sugerir que a atividade física pode auxiliar no enfrentamento dos agentes estressores, mas para isto ela deve estar vinculada ao objetivo de redução do estresse.

Daley e Maynard (2003) compararam os efeitos de diferentes tipos de exercício na ansiedade e estados de humor de adultos. Os efeitos foram comparados mediante duas

diferentes situações, na primeira, os participantes praticavam um exercício de laboratório que haviam relatado como desagradável e depois eles escolhiam outro equipamento que gostavam mais para a atividade, em outro dia. Todos os participantes realizaram o exercício preferido e o desagradável na mesma intensidade. Os resultados indicaram que os participantes do estudo apenas obtiveram redução de ansiedade e mudança favorável nos estados de humor quando realizaram o exercício que escolheram.

Kritz-Silverstein et al. (2001) realizaram um estudo com o objetivo de investigar a relação entre prática de atividade física e depressão ao longo de 8 anos. Os resultados indicaram que houve associação entre atividade física e depressão na primeira avaliação, no entanto, quando foi analisada a capacidade da prática de atividade física prevenir a depressão ao longo dos 8 anos, não foi encontrada relação. Os autores sugeriram que estes resultados demonstram que os indivíduos menos deprimidos são mais propensos a se exercitar, e por isto os estudos costumam verificar tal associação. Outros estudos também não encontraram qualquer relação entre prática de exercícios físicos e depressão (COOPER-PATRICK et al., 1997; LENNOX et al., 1990; WEYERER, 1992).

Algumas explicações existem para tais divergências. Uma é que os pesquisadores têm usado mensurações diversas de atividade física, exercício e depressão. Por exemplo, definições de atividade física têm variado desde a limpeza da casa até participação em exercícios vigorosos. Estudos prévios têm acessado o tipo e a frequência das atividades físicas, mas não têm considerado o significado pessoal ou a função das atividades. Se os mecanismos pelos quais a atividade física afeta a depressão envolvem o significado pessoal ou a motivação para as atividades (DALEY e MAYNARD, 2003; HARRIS et al., 2006) então não considerar estes construtos pode “introduzir ruído” na estimação dos efeitos. Por exemplo, a atividade física que é utilizada para ajudar a lidar com o estresse pode estar mais conectada com a depressão do que a atividade física motivada pela tentativa de perder peso.

Outro problema com a maioria destes estudos é não considerar as características pessoais e sócio-econômicas dos participantes. Por exemplo, é possível que os indivíduos praticantes de atividade física regular ou engajados em treinamento físico tenham melhores condições de vida e situação econômica, conforme foi sugerido por Andrade (2001). No caso dos idosos, é possível que aqueles que praticam e freqüentam grupos de atividade física tenham maior independência e mais disposição para tanto. Desta forma, em estudos transversais é necessário buscar as variáveis que influenciam no fenômeno, evitando dar um status excessivo a um determinado fator.

Para saber se somente a promoção de atividade física pode promover melhoras significativas na saúde, é necessário analisar os resultados das pesquisas experimentais que utilizaram a atividade física como intervenção.

Em um estudo designado para avaliar os efeitos do exercício no nível total de depressão e nos sintomas depressivos (somáticos e psicológicos), foi selecionada uma amostra aleatória de 30 idosos com depressão moderada, separados em 3 condições: exercício supervisionado, controle com contato social, e lista de espera. Os participantes do grupo de exercício e de contato social apresentaram uma redução significativa na depressão e nos sintomas depressivos em relação à lista de espera. Apenas os participantes do grupo de exercício demonstraram melhora significativa na sintomatologia somática após a intervenção (McNEIL et al., 1991).

Mather et al. (2002) compararam as alterações no nível de depressão promovidas pela realização de exercício ou de um programa educacional de saúde, no qual os participantes estavam sendo tratados com medicação antidepressiva e continuaram durante as 10 semanas de intervenção da pesquisa. Em ambas as condições os participantes obtiveram reduções significativas na depressão, mas não houve diferenças entre os efeitos dos tipos de intervenção. Os autores sugeriram que os estudos epidemiológicos que encontram diferenças entre praticantes e não praticantes de atividade física provavelmente as encontram por não considerar características específicas entre estes grupos.

Além das pesquisas que demonstram os efeitos benéficos do exercício aeróbico no humor, existem evidências que sugerem que exercício anaeróbicos de força também podem reduzir a depressão. Uma amostra de idosos independentes com transtorno depressivo maior, depressão menor ou distímia foram aleatoriamente selecionados para treinamento de força progressivo ou grupo controle com programa educacional de saúde. Ao final de 20 semanas de intervenção, participantes no grupo de treinamento de força demonstraram reduções significativas na depressão em relação ao grupo controle. Estes efeitos permaneceram após 26 semanas após o final da intervenção, com 33% dos participantes do grupo de força que continuaram a realizar o treinamento (SINGH et al., 2001).

Blumenthal et al. (1999) realizaram um estudo com 156 idosos com transtorno depressivo maior residentes na comunidade, divididos aleatoriamente em 3 grupos: medicação, exercício supervisionado e medicação e exercício supervisionado combinados. Foram 16 semanas de tratamento, que constou de exercício aeróbico 3 vezes por semana. Ao final da intervenção, os 3 grupos apresentaram reduções nos níveis de depressão. Os tratamentos não se diferenciaram em relação à eficácia. Os resultados sugerem que o

exercício pode ser uma alternativa viável para o tratamento da depressão de idosos. Após 6 meses depois das intervenções, apenas o grupo que praticou exercício físico manteve níveis inferiores de depressão, enquanto os dois grupos com medicação voltaram a apresentar depressão. Isto pode ser explicado porque 64% dos idosos que participaram da intervenção com exercício continuaram a se exercitar após o final do estudo. Exercício auto-relatado entre todos os participantes foi relacionado com redução de 50% do risco de depressão 6 meses após o final da pesquisa.

2.6 A cognição, estresse e depressão em idosas

Toda a esfera de funcionamento intelectual humano pode ser incluída no termo “cognição” (SIEGLER e POON, 1992). O funcionamento cognitivo corresponde as fases do processamento de informação como a percepção, a memória, atenção, vigilância, raciocínio e solução de problemas. Outras variáveis, referentes ao funcionamento psicomotor como tempo de reação, tempo de movimento e velocidade de desempenho, são também freqüentemente incluídas neste conceito (SPIRDUSO, 2005).

Para compreender os processos cognitivos é necessário distinguir os componentes da cognição, que são os processos que sustentam a cognição, as funções cognitivas e a cognição em si. Os processos que sustentam a cognição são aqueles que mais comumente são mensurados, sendo eles atenção, memória de trabalho, velocidade de processamento de informações, processo psicomotor e processos perceptivos. As funções cognitivas são: memória (verbal, visual, etc.), associação, comparação, raciocínio abstrato, manipulação e capacidade espacial e síntese. Os processos e as funções cognitivas agem em conjunto permitindo que os indivíduos tomem decisões e se comportem de maneira inteligente (SPIRDUSO, 2005).

Os processos que sustentam a cognição podem ser considerados como domínios cognitivos. Muitos pesquisadores se interessam em estudar os diferentes domínios cognitivos dos idosos, visando identificar quaisquer alterações que possam ocorrer como resultantes do envelhecimento (SPIRDUSO, 2005). No entanto, as interpretações devem ser limitadas ao domínio mensurado e não à cognição como um todo.

Spiriduso (2005) destaca que nos últimos 20 ou 30 anos muitos pesquisadores têm tentado dissociar o processo de envelhecimento em si (envelhecimento primário) dos declínios causados pelas condições patológicas (envelhecimento secundário). Pesquisas transversais que comparam o desempenho de jovens e idosos têm apoiado que ocorrem declínios naturais no envelhecimento, no entanto, algumas diferenças históricas, sociais e culturais são frequentemente negligenciadas em tais estudos.

Dustman et al. (2003) ao comparar o tempo de reação e o P300, medida que equivale ao “tempo de reação cerebral”, de jovens com os de idosos verificaram que os idosos praticantes de exercício regular apresentavam desempenho semelhante aos dos jovens, no entanto, o mesmo não foi verificado nos idosos sedentários. Estes resultados permitem sugerir que os “declínios” cognitivos não fazem parte do envelhecimento primário, mas sim, que podem ser evitados mediante a adoção de estratégias adequadas.

Alguns autores como Zec (1995) e Shepard (2003) afirmam que a eficiência dos processos de funcionamento cognitivo reduz muito com o passar dos anos, no entanto, eles se baseiam nos resultados de pesquisas que demonstram que os idosos apresentam uma redução da velocidade de transmissão neural. No EEG aparece a redução da frequência elétrica cortical generalizada no córtex (BUSSE e BLAZER, 1992). Além da lentificação do processamento de informações no cérebro, a velocidade de percepção de estímulos externos também diminui, o P300, que corresponde ao tempo de reação cerebral, aumenta muito com a idade (McDOWELL et al., 2003).

A redução na velocidade da transmissão neural parece ser maior a nível central do que periférico, ou seja, os efeitos são maiores no cérebro do que nas terminações nervosas periféricas. Shepard (2003) coloca que além do declínio no tempo de reação, o idoso também apresenta uma desaceleração do tempo de movimento por causa de fatores como a rigidez de articulações e a perda de força muscular. No entanto, a principal área responsável por atrasos nas reações de uma pessoa está no cérebro, onde alguns pesquisadores indicam que há um declínio progressivo na capacidade de processar informações e completar operações como a codificação, o processamento, a comparação, a recuperação e a seleção (SPIRIDUSO, 1995).

Analisando criticamente os achados expostos anteriormente sobre a lentificação do TR e das ondas mentais, pode-se verificar que o resultado foi generalizado para a cognição como um todo, levando aos pesquisadores sugerirem que com a redução da velocidade o cérebro sofre “uma perda gradativa de eficiência”. A eficiência, entretanto, não é definida somente pela velocidade. Kolev, Yordanova e Falkeinstein (2006) demonstraram que os idosos possuem um limiar de ativação de resposta mais alto (verificado no EEG), o que

possivelmente atrasa a sua resposta motora, no entanto, quando comparados aos jovens, os idosos cometem um número de erros e antecipações significativamente menores, o que indica certa maturidade, sendo este tempo mais lento devido a uma necessidade maior de elaboração cerebral para uma tomada de decisão mais eficaz. Assim, não é correto afirmar que o maior tempo de reação reflete uma pior “eficiência” cerebral, sendo necessário analisar outros fatores como número de erros, variabilidade, antecipações, entre outros.

McDougall e Balyer (1998) denunciam que a maioria dos estudos tentou provar que os idosos perdem suas funções cognitivas com a idade, ajudando a reforçar crenças que estão baseadas no estereótipo de que a memória automaticamente se deteriora com o envelhecimento. As pesquisas que se preocupam em enfatizar que a memória diminui com a idade levam os idosos a acreditarem que nada podem fazer contra isto, reduzindo ainda mais o senso de auto-eficácia, o que pode aumentar a depressão.

Mecacci e Righi (2006) investigaram a relação entre idade e auto-avaliação de lapsos cognitivos. Os resultados indicaram que os idosos relataram menor frequência de lapsos em relação aos mais jovens. Os participantes que indicaram menor frequência de lapsos foram aqueles que afirmaram monitorar cuidadosamente sua atividade cognitiva. Este resultado foi independente da idade. Paradoxalmente, os idosos foram os que demonstraram maior preocupação em relação ao seu desempenho cognitivo.

Embora a auto-avaliação da cognição não reflita o desempenho cognitivo, estes resultados permitem sugerir que apesar dos idosos não constatarem problemas cognitivos eles se preocupam com estes, monitorando cuidadosamente a sua atividade. É possível sugerir que a crença em relação ao “declínio” cognitivo inevitável pode estar deixando os idosos mais preocupados em relação ao seu desempenho cognitivo.

Assim, as reduções e os déficits verificados em alguns idosos devem ser tratados como parte do envelhecimento secundário e não como inevitáveis ou naturais do envelhecimento primário. Cohen (1995) destaca que nos idosos os problemas ocorrem em cadeia, interligados, desta forma, considera-se que os “déficits” ou “declínios” não sejam naturais do envelhecimento e sim, ligados a história de vida e a todas as condições biopsicosociais que envolvem os idosos investigados.

Siegler e Poon (1993) demonstram haver grande inter-relação de variáveis cognitivas. A atenção, especialmente a atenção seletiva, pode ser prejudicada nos idosos, e provavelmente está ligada a uma menor capacidade inibitória resultante de uma redução na atividade cerebral. As reações parecem agir em cadeia, pois se pode considerar também que uma menor capacidade de atenção seletiva, dificulte o aprendizado e a aquisição de novas

memórias (ZEC, 1995). Desta forma, é difícil estabelecer uma relação de causa-efeito, pois as reações acontecem, normalmente, encadeadas.

A memória é uma das variáveis cognitivas mais destacadas pelos idosos. Muitos idosos apresentam queixas de memória (WOLF et al., 2005). O tipo de memória mais afetado nos idosos é a de curta duração, incluindo a memória de trabalho. Isto é observável no comportamento diário de muitos idosos, que lembram com facilidade de eventos antigos, passados, mas tem dificuldades de lembrar coisas que precisa, como por exemplo, de tomar um medicamento ou do que fez no dia anterior.

Embora as pesquisas confirmem que existe declínio, baseadas na maior prevalência de déficits cognitivos durante a velhice, é importante destacar que o declínio cognitivo geral não faz parte do envelhecimento normal. Cargin et al. (2006) verificaram um prejuízo leve de memória em 28% dos sujeitos de uma amostra de idosos australianos independentes. As análises demonstraram que os indivíduos com prejuízos na memória também demonstraram outros déficits de memória, função cognitiva, velocidade de processamento e cognição global. Estes déficits não foram explicados pelas mudanças na idade, educação, inteligência, humor, fatores relacionados à saúde ou status do gene “ApoE ϵ 4”. Os idosos com prejuízos na memória (n=30) não reconheceram a extensão de suas dificuldades de memória e cognição por meio de queixas, que foram feitas pelos idosos sem tais prejuízos (n=77). As dificuldades de memória apresentadas por tais idosos não pareceram ter impacto na participação das atividades diárias. Estes resultados sugerem que não é correto afirmar que dificuldades cognitivas, especialmente de memória, refletem o envelhecimento normal. Os autores demonstraram que pequenas reduções na memória de trabalho estão relacionadas com a idade, mas não costumam ser grandes o suficiente para serem consideradas como um “declínio”.

Wolf et al. (2005) demonstraram que os déficits na memória estão relacionados com maiores níveis de cortisol. Possivelmente, o cortisol, o hormônio do estresse, seja responsável por uma grande parte da perda de memória em alguns idosos. MacLulich et al. (2005) investigaram a relação entre níveis de cortisol, volume cerebral (por ressonância magnética) e cognição em idosos saudáveis. Os resultados indicaram que maiores níveis de cortisol estão associados a déficits cognitivos e reduções no volume cerebral em determinadas áreas, especialmente no hipocampo. Elevados níveis de cortisol estavam associados a déficits na memória e também com atrofia da área hipocampal. Desta forma, o estresse, que é responsável por grande parte da produção de cortisol, também está associado a déficits cognitivos (WOLF et al., 2005).

Assim como o estresse, a depressão está positivamente associada ao nível de cortisol (DAVIDSON et al., 2002). Xavier et al. (2001) ao estudar a prevalência da depressão em octogenários verificou que os idosos com depressão apresentam pior desempenho nos testes cognitivos e pior qualidade do sono. Wang et al. (2001) investigaram os níveis de estresse e depressão em idosos de uma comunidade do interior e verificaram que aqueles expostos a muitos fatores estressantes, tais como, morte de entes queridos, baixo nível sócio econômico, dependência financeira, entre outros, eram os que mais sofriam de depressão.

Bremner et al. (2000) investigaram o volume hipocampal de indivíduos com e sem depressão maior, através de ressonância magnética. Foi comparado o volume hipocampal de indivíduos clinicamente deprimidos com o dos que não apresentavam depressão. Os resultados indicaram que os indivíduos deprimidos apresentaram um volume hipocampal esquerdo 19% menor em comparação ao dos sujeitos sem o transtorno. Não foram verificadas diferenças em outras áreas cerebrais. Estes resultados continuaram significativos mesmo depois de considerar o tamanho cerebral total, a ingestão de álcool, a idade e o nível educacional.

Estes estudos corroboram com a idéia de Joça et al. (2003) que indica que a exposição a fatores estressantes aumenta a probabilidade de desenvolver depressão, e desta forma, gerar um distúrbio neuroquímico capaz de alterar a atividade encefálica lesando células do hipocampo, prejudicando desta forma, a memória.

Thompson (1992) levanta a hipótese, com base em outros estudos, de que a memória de curta duração reduza naturalmente com a idade devido ao acúmulo de experiência. Para o autor, a medida que as pessoas precisam recordar mais eventos e coisas importantes na memória de longo prazo, a memória de curta duração precisa se tornar mais seletiva, armazenando melhor aquilo que for mais relevante. Os estudos revisados por Thompson (1992) indicam que a memória de longo prazo permanece intacta nos mais velhos, e justamente por isto que a memória de curto prazo precisa se tornar mais seletiva.

Assim, a redução da memória de curta duração não seria algo necessariamente prejudicial a qualidade de vida, a medida que podem ser adotadas estratégias simples para que pequenos esquecimentos não interfiram no cotidiano dos idosos.

2.6.1 Cognição e Atividade física em Idosos

Alguns estudos têm revelado que o exercício físico influencia positivamente o funcionamento cognitivo (TOMPOROWSKI, 2003). O exercício tem se mostrado eficaz na produção de mudanças fisiológicas nos idosos, mas as pesquisas não têm documentado consistentemente os benefícios cognitivos da atividade física para esta população (ZEC, 1995).

Yaffe et al. (2001) investigaram a relação entre o nível de atividade física e o risco de declínio cognitivo ao longo de 8 anos. Participaram do estudo, 5925 idosos sem déficits cognitivos ou limitações físicas residentes na comunidade. Os resultados indicaram que as idosos com maior nível de atividade física no início do período apresentaram maior propensão a sofrer declínio cognitivo ao longo dos 8 anos. Após ajustar os dados pela idade, escolaridade, comorbidade, tabagismo, estrogênio e limitações funcionais, as idosos que se exercitavam continuaram com menos chance de desenvolver declínio cognitivo. Estes resultados dão suporte a hipótese de que a prática regular de atividade física previne o declínio cognitivo em idosos saudáveis. No entanto, as condições econômicas e o nível de atividade intelectual não foram considerados nesta pesquisa.

McDowell et al. (2003) compararam as diferenças no P300 (medida de potencial evocado que evidencia a reação cerebral a um determinado estímulo) de idosos e jovens ativos e sedentários. Os resultados indicaram que os idosos ativos apresentavam um P300 com um menor período de latência do que os sedentários, indicando maior velocidade de resposta. No entanto ao comparar os jovens ativos e sedentários, esta diferença não foi tão grande. Os autores sugeriram que a atividade física ajuda a manter a velocidade de processamento de informações durante o envelhecimento, mas não consideraram a história dos idosos participantes em relação à própria atividade física e as condições sócio-econômicas, além de não se preocupar em verificar se houve diferenças no nível de atividade intelectual entre os ativos e sedentários.

Tomporowski (2003) realizou um estudo de meta-análise dos efeitos do exercício em diferentes intensidades sobre a cognição. Ele verificou que exercício aeróbico de intensidade moderada produzia benefícios na memória de curta duração, a atenção e a solução de problemas. Nesta meta-análise, também foi verificado que os efeitos positivos do exercício na cognição eram maiores nas pesquisas de corte transversal do que em pesquisas experimentais

que investigaram os efeitos agudos. Os resultados das pesquisas experimentais deixaram dúvidas em relação aos possíveis efeitos do exercício físico sobre os processos cognitivos.

McAuley et al. (2004) investigaram a relação entre capacidade cardiovascular e cognição de idosos por meio de uma meta análise. Foi verificado que um melhor condicionamento físico está associado com melhor funcionamento cognitivo. Os estudos com ressonância magnética comparando a ativação de sujeitos idosos mediante a realização de tarefas cognitivas demonstraram que aqueles com melhor aptidão aeróbica apresentavam uma ativação mais eficiente e menos confusa quando comparados com indivíduos que apresentavam menor condicionamento cardiovascular. Essa ativação mais eficiente está relacionada à atenção seletiva durante a tarefa, que foi um dos principais efeitos do exercício nas pesquisas revisadas por McAuley et al. (2004).

Madden et al. (1989) investigaram os efeitos do treinamento aeróbico em 85 idosos divididos em: grupo de exercício aeróbico, grupo de prática de yoga e grupo controle (lista de espera). Após 16 semanas todos os idosos do grupo que realizou exercício aeróbico aumentaram significativamente a capacidade aeróbica. No entanto não houve nenhuma melhora no TR, na atenção e na memória em função deste aumento na aptidão aeróbica. Os autores sugerem a partir destes resultados que as mudanças relacionadas ao desempenho cognitivo de idosos ocorrem devido a períodos estendidos de exercícios ou são causadas pelas diferenças nas características de grupos praticantes e não praticantes de atividade física.

É importante destacar que existem muitos fatores que influenciam nos efeitos do exercício na cognição e que existem diferenças entre os gêneros. As mulheres parecem se beneficiar mais dos efeitos do exercício na cognição (RICHARDS, HARDY e WADSWORTH, 2003).

Uma variável importante nos efeitos crônicos do exercício na cognição é o estresse. Pois ao considerar que o estresse aumenta os níveis de cortisol no sangue e que o excesso de cortisol traz prejuízos estruturais e funcionais à memória, um dos mecanismos pelo qual o exercício poderia beneficiar a memória seria na redução do estresse, diminuindo os efeitos negativos provocados pelo excesso de cortisol.

Talvez pelo fato de alguns fatores influenciarem no nível de estresse, eles se associem à pior cognição. Por exemplo, idosos com baixo nível sócio econômico podem sofrer maior estresse por terem que se preocupar mais com a sobrevivência do que aqueles com vida mais confortável. Outras fontes também podem ser explicadas com vista na teoria de que o estresse piora a cognição.

Entretanto, existem muitos problemas teóricos e metodológicos na interpretação dos resultados nesta área. O primeiro problema é que não está claro quais atividades são mais importantes para a cognição. Efeitos significativos têm sido registrados para a atividade intelectual (HULTSCH et al., 1999; STURMANN et al. 2005; WILSON et al., 2002), engajamento social (BASSUK, GLASS e BERKMAN, 1999) e exercício físico (YAFEE et al., 2002; McAULEY, 2004). A questão é que estes componentes, intelectual, social e físico, são difíceis de analisar separadamente.

O segundo problema é que a direção de causalidade é complicada. É possível que a atividade física diretamente promova um aumento do desempenho cognitivo, no entanto, aqueles com maior habilidade cognitiva são mais propensos a se engajarem em programas de exercício físico. Este problema é difícil de resolver mesmo com dados longitudinais (HULTSCH et al., 1999). Terceiro, é que alguns estudos não consideram fatores que podem ser responsáveis pela associação entre atividade física e cognição, particularmente a atividade intelectual e a condição sócio-econômica.

Em quarto lugar, não está claro se existe um período mínimo de engajamento nas atividades. A maioria dos estudos analisa dados referentes às atividades físicas realizadas durante a velhice, quando pouco se sabe das atividades nos períodos anteriores, especialmente na idade adulta.

Richards, Hardy e Wadsworth (2003) realizaram um estudo longitudinal investigando as atividades sociais, físicas e intelectuais em diferentes fases ao longo de 36 anos. Os resultados indicaram que ambos os tipos de atividade foram positivamente associados com o desempenho de memória, mesmo quando controlado por sexo, escolaridade, classe social, QI aos 15 anos, doenças e distresse mental. A prática de atividade física foi relacionada com menor taxa de declínio na memória dos 43 aos 53 anos, evidenciando que continuar fazendo exercício físico após os 36 anos é importante para proteger a cognição. No entanto, a função cognitiva apresentou maior relação com a atividade intelectual e não com o exercício físico. A atividade intelectual aos 36 anos apresentou poder preditivo sobre a cognição, independente de estas atividades terem sido mantidas ou não até os 53 anos. A relação obtida entre atividade física e cognição foi reduzida pela metade ao incluir as variáveis escolaridade e classe social na regressão linear.

Sturman et al. (2005) investigaram se a prática de atividade física reduz a taxa de declínio cognitivo em idosos após considerar a participação em atividades cognitivamente estimulantes, como leitura e jogos. Os resultados indicaram que a prática atividade física estava correlacionada com menor taxa de declínio, no entanto, quando a participação em

atividades cognitivamente estimulantes foi considerada na análise, esta relação deixou de existir. Os pesquisadores sugerem que a maioria dos estudos que encontrou associação significativa entre prática de atividade física e desempenho em testes cognitivos, foi porque não consideraram o engajamento em outros tipos de atividade cognitivamente estimulantes, pois idosos que praticam atividade física, costumam também ser mais ativos intelectualmente.

Noice et al. (2004) investigaram os benefícios de uma intervenção de 4 semanas nas variáveis cognitivas e afetivas de 124 idosos independentes, divididos em 3 condições: teatro (intervenção primária), artes visuais (grupo de comparação) e grupo controle sem intervenção (fila de espera). Os resultados indicaram que aqueles que participaram das aulas de teatro obtiveram ganhos significativamente maiores do que os idosos dos outros dois grupos, tanto no domínio cognitivo quanto no afetivo. Os autores sugerem que engajar-se em atividades intelectualmente exigentes pode resultar no aumento da ativação cerebral, o que pode melhorar o desempenho cognitivo.

Estes resultados indicam que a atividade física sozinha não pode prever a cognição, sugerindo que o nível de atividade intelectual seja mais importante na manutenção da capacidade cognitiva. Não está sendo afirmado que a atividade física não auxilia na cognição, apenas se está destacando outras variáveis fundamentais na investigação deste fenômeno.

Destaca-se que os domínios cognitivos específicos não predizem a capacidade cognitiva geral e que a cognição, muitas vezes, é definida em torno daquilo que se pretende medir. Por exemplo, Aleey, Suthers e Crimmins (2007) afirmaram que a escolaridade não previne contra declínio cognitivo. No entanto, eles consideraram como “declínio cognitivo” apenas a memória de trabalho. Esta é uma observação que leva a questionar as afirmações e o preconceito gerado em torno da capacidade cognitiva dos idosos, que é tida como “reduzida”, mas com base em testes de abrangência, também, reduzida.

Os estudos que investigaram os efeitos da atividade física na cognição também observaram domínios cognitivos isolados, incapazes de englobar a complexidade da cognição humana. Assim, corre-se o risco de programar intervenções que atinjam um domínio cognitivo específico, sem gerar qualquer melhora objetiva para a própria pessoa investigada. Um exemplo disto são os resultados de Fabre et al. (1999) ao realizar um estudo experimental que avaliou os efeitos do treinamento aeróbico e/ou mental na qualidade de vida de idosos. Os resultados indicaram que ambos os grupos apresentaram melhoras significativas na memória de trabalho e de curto prazo, mas que todos os participantes do estudo demonstraram insatisfação em termos da melhora da qualidade de vida provocada pela intervenção.

3 MÉTODO

O método inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador, abrangendo a sua visão de mundo e corrente de pensamento. Considera-se que método vai além de um conjunto de técnicas, pois “as correntes de pensamento têm sua história, veiculam uma visão de mundo e têm a ver com a realidade social complexa onde foram geradas e que elas tentam expressar” (MINAYO, 2004, p.19).

Cada objeto de análise requer uma maneira específica de abordagem de estudo, determinada pelo próprio objeto. O método não dispensa a apreensão de cada objeto, proporcionando apenas um guia, uma orientação para o conhecimento da realidade. A forma do método deve subordinar-se a realidade (GADOTTI, 2001).

Desta forma, este capítulo apresenta as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas de pesquisa, bem como as suas limitações e algumas considerações que indicam o caminho teórico percorrido na tentativa de subordinar o método à realidade investigada.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta é uma pesquisa sobre as possíveis relações entre estresse, depressão, desempenho cognitivo e prática de atividade física de mulheres idosas. Os objetivos deste estudo contêm elementos de correlação e de análise de discurso, por isto, esta pesquisa utiliza duas abordagens, quantitativa e qualitativa. Minayo (2004, p.22) indica que:

A rigor qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo. Isto implica considerar sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação.

Triviños (1987, p.118) destaca que existe uma falsa dicotomia quantitativo-qualitativo, afirmando:

Os investigadores pouco experientes, especialmente, que transformam a estatística num instrumento fundamental de sua busca, quando ela realmente deveria ser um elemento auxiliar do pesquisador, desperdiçam material hipoteticamente importante. E terminam seu estudo onde, verdadeiramente, deveriam começar.

Por meio de análise estatística de dados quantitativos, buscou-se investigar se o estresse, a depressão e o desempenho cognitivo estão associados à prática de atividade física.

A abordagem qualitativa foi utilizada com o objetivo de aprofundar a discussão sobre as variáveis deste estudo no contexto histórico e social das idosas. Na pesquisa qualitativa, a interação pesquisador-pesquisado é fundamental. Neste estudo, os depoimentos analisados surgiram devido a esta interação, pois as idosas relatavam espontaneamente as suas opiniões sobre as questões perguntadas, durante a aplicação dos testes quantitativos. Os depoimentos analisados nesta pesquisa foram obtidos, registrados e aproveitados visando aprofundar a investigação do tema, pois conforme Minayo (2004, p.121) afirma: “quando se trata de aprender sistemas de valores, de normas, de representações de determinado grupo social, ou quando se trata de compreender relações, o questionário se revela insuficiente”.

Skalinski e Praxedes (2003) realizaram uma investigação sobre os pressupostos teóricos utilizados em epidemiologia, o modelo clínico e os efeitos de sua aplicação hegemônica visando levantar indícios para a construção de um novo método que redirecione a interpretação da pesquisa epidemiológica. Os autores verificaram que para transformar a análise do processo saúde-doença é necessário adotar uma metodologia que recorra aos processos históricos e sociais e que contribua na formação da consciência social, incluindo, na luta pela saúde, todos os sujeitos excluídos na sociedade.

Assim, os resultados desta pesquisa foram interpretados partindo de uma perspectiva histórica e social. Conforme afirma Skalinski e Praxedes (2003, p.7) “*É preciso articular esses resultados com a sua essência histórica a fim de não reduzir a análise às expressões externas e empíricas*”.

Como forma de aprofundar a discussão, os dados quantitativos e qualitativos foram articulados, buscando a compreensão da dinâmica do fenômeno, de como estes fatores são vivenciados pelas idosas, com o que estão associados e como são percebidos.

Esta abordagem se torna necessária porque para estudar o fenômeno da saúde é preciso olhar para a totalidade, para as relações sociais e econômicas e para todo o contexto que influencia na maneira como o indivíduo envelhece.

Minayo (2004, p.11) enfatiza que “frente a problemática da quantidade e da qualidade a dialética assume que a qualidade dos fatos e das relações sociais são suas propriedades inerentes, e que quantidade e qualidade são inseparáveis e interdependentes”.

3.2 POPULAÇÃO

Este estudo tem como população mulheres idosas residentes no município de Florianópolis vinculadas a grupos de idosos. Foram consideradas idosas mulheres com idade mínima de 60 anos. Embora a literatura gerontológica internacional aponte a idade de 65 anos como mínima, o critério de 60 anos foi adotado com base nos indicadores nacionais de envelhecimento populacional (IBGE, 2000). O gênero feminino foi escolhido por ser apontado pelo censo (IBGE, 2000) como predominante nesta faixa etária, bem como pelos resultados de pesquisa que indicam que os transtornos psiquiátricos são mais comuns nas mulheres (LIMA, 1999; LEITE et al., 2006). A pesquisa do “Perfil do Idoso do Município de Florianópolis” citada por Benedetti (2004) verificou que existem 16.837 mulheres idosas no município de Florianópolis. As idosas de Florianópolis costumam freqüentar grupos de terceira idade, seja de recreação, seja de atividade física. Estes grupos podem estar vinculados a programas promovidos por universidades ou prefeituras, ou podem ser iniciativas isoladas, coordenadas pelos próprios idosos de algum bairro ou comunidade.

A população deste estudo está vinculada ao contexto histórico da região e do Brasil. As idosas ricas, em sua maioria, eram donas de casa, que seguiam os padrões de comportamento das famílias burguesas, cuja obrigação era cuidar dos filhos e do marido. Algumas destas mulheres podiam lecionar ou serem funcionárias públicas. Estas idosas viveram em uma época de intensas mudanças sociais, políticas e culturais, onde novos padrões de comportamento foram impostos, fazendo com que elas tivessem que se adaptar às novas tendências (PEDRO, 2004). Um exemplo disso são as atividades físicas ou esportes, que antigamente eram proibidas para as mulheres e agora são incentivadas como uma forma de manter-se saudável.

Embora este “padrão de comportamento” só fosse viável para as mulheres de família burguesa, ele era cobrado das mulheres mais pobres e servia para justificar a discriminação social e conseqüentemente os baixos salários. As mulheres pobres trabalhavam fora,

normalmente em profissões como costureira, rendeira, doméstica, entre outras ocupações mais pesadas (FONSECA, 2004). Além de trabalhar fora, as mulheres pobres cuidavam dos filhos e do marido, realizando dupla jornada. Em Florianópolis, os principais locais de trabalho destas mulheres eram as vendas, limpeza e secagem do peixe, nos engenhos de farinha de mandioca (PEDRO, 2004).

Eram os homens da classe dominante que chefiavam todas as instâncias, prescrevendo formas de ser “distinto” e “civilizado”. As mulheres, em especial as mais pobres, sofriam preconceitos sociais e legais, sendo que poderiam ser expulsas de casa sem que o marido precisasse pagar qualquer tipo de pensão (FONSECA, 2004).

Mazzo (2003) realizou um estudo com amostra probabilística da população de mulheres idosas de Florianópolis e verificou que a maioria destas idosas é viúva, possui baixa escolaridade (entre um a três anos), vive de pensão ou aposentadoria, não trabalha, não faz trabalho voluntário, foi dona de casa, rendeira ou costureira, é da religião católica apostólica romana e pertence à classe econômica “D”. Os resultados demonstraram que as idosas pertencentes à classe econômica “D”, com baixa escolaridade, que não trabalham e têm mais doenças apresentam menor nível de atividade física e qualidade de vida.

Benedetti (2004) realizou uma pesquisa com amostra probabilística de idosos residentes em Florianópolis, com o objetivo de verificar a relação entre atividade física e as condições de vida destes idosos. Esta pesquisa resultou no desenho do perfil do idoso de Florianópolis. Os resultados apontaram uma média de idade de 71,6 anos ($s=7,9$) para os idosos de ambos os sexos. A maioria das mulheres idosas são viúvas, apresenta uma escolaridade baixa e religião católica. A autora verificou que as necessidades e problemas que mais afetavam os idosos eram, nesta ordem de importância: econômicos, de saúde e de segurança.

Entende-se que os resultados das pesquisas de Mazzo (2003) e Benedetti (2004) são importantes para a compreensão da população alvo desta pesquisa, e ajudam a identificar se as características sócio-demográficas identificadas nas participantes deste estudo estão de acordo com as verificadas em amostras probabilísticas da mesma população.

3.2.1 Seleção das Participantes

Barbeta (2006) destaca que existem situações de pesquisa onde o processo de amostragem conveniente é não-aleatório, especialmente em estudos comparativos, onde o objetivo não é a generalidade dos resultados.

O processo de seleção das participantes ocorreu de forma não-aleatória por conveniência ou acessibilidade (COOLICAN, 2004), pois a participação no estudo foi voluntária. Foram entrevistadas apenas as idosas consideradas acessíveis e dispostas a participar da pesquisa.

Processos de seleção não-aleatórios, usualmente, dispensam cálculo do “n” amostral (COOLICAN, 2004). No entanto, mesmo em um estudo correlacional, devem ser tomados alguns cuidados para que os resultados da pesquisa sejam válidos. Assim, para reduzir o erro amostral, foram selecionadas idosas de diferentes localidades e grupos de convivência. Coolican (2004) argumenta que quanto maior o número de características avaliadas, menor a quantidade de sujeitos necessária. Esta pesquisa avaliou uma série de variáveis, por isto, o tamanho da amostra foi definido com base nos critérios nos pré-requisitos para a realização de testes paramétricos.

Dancey e Reidy (2005) recomendam que, para evitar o erro amostral, é importante que os dados estejam normalmente distribuídos. Para as variáveis categóricas, Dancey e Reidy (2005) indicam ser necessário no mínimo 10 sujeitos em cada grupo para tornar possível a aplicação dos testes estatísticos utilizados.

Assim, com 80 participantes, foi obtida distribuição normal para as principais variáveis de estudo, com exceção do escore na escala de depressão, cuja própria natureza da escala torna difícil este tipo de distribuição.

Thompson (1992) destaca que para aumentar a confiabilidade dos resultados da pesquisa é importante entrevistar apenas pessoas dispostas a colaborar com o estudo, procurando acessar participantes de diferentes localidades, o que torna possível diversificar a amostra.

As participantes deste estudo foram contatadas a partir de dois programas de atividades para idosos e de dois grupos específicos: um de ginástica para a terceira idade e outro de orações. O primeiro programa consta de vários grupos de idosos onde os professores de educação física oferecem atividades. Os grupos estão distribuídos pela cidade de Florianópolis, podendo ser de dois tipos: grupos de ginástica, que acontecem duas vezes por

semana durante uma hora; e os grupos de recreação, aonde o professor vai a cada quinze dias com fins recreativos. As idosas desta pesquisa foram selecionadas a partir de quatro destes grupos, dois de atividade física (n=28) e dois de recreação (n=20), totalizando 48 idosas.

O segundo programa está integrado a uma universidade e oferece aos idosos uma série de atividades, incluindo hidroginástica, natação, informática, cantoterapia, dança de salão. Neste segundo programa, as idosas foram selecionadas a partir dos grupos de cantoterapia, hidroginástica e natação, totalizando 22 idosas.

Outras idosas foram acessadas a partir de um grupo de orações, composto por idosas que se reúnem uma vez por semana para rezar o terço (n=6); e outras através de um grupo de ginástica para a terceira idade de uma associação de moradores (n=4), onde as idosas se reúnem uma vez por semana com o acompanhamento de uma professora de educação física.

Apenas foram incluídas na amostra, idosas com idade entre 60 e 90 anos, do sexo feminino e que não apresentaram demência, esclerose múltipla e incapacidade física ou mental. As idosas que obtiveram um escore inferior a 20 no Mini-Exame do Estado Mental (MEM) foram excluídas da amostra. Este escore foi definido com base nos resultados encontrados por Brucki et al. (2003) e Lourenço e Veras (2006). Também foram excluídas da pesquisa as idosas que apresentarem escores elevados (>10) de sonolência diurna.

3.2.2 Participantes da pesquisa

A realização desta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética e pesquisa em seres humanos da UDESC sob o número de protocolo 019-06. Participaram da pesquisa 80 idosas de diversas camadas sociais residentes na cidade de Florianópolis. Todas as participantes são fisicamente independentes e participam de no mínimo um grupo de idosos. Destas, 25 residem no centro de Florianópolis, 14 em Coqueiros, 13 no bairro Estreito, 10 na praia dos Ingleses, 8 no bairro Saco dos Limões, 6 na Trindade e 4 moram no Morro da Cruz. A média de idade das participantes é de 69,5 anos (s=6,272) variando de 60 a 87 anos.

Grande parte das participantes é viúva (n= 39 / 48,8%), 28 são casadas (35%), 7 são divorciadas (8,8%) e 6 são solteiras. Das participantes, a maioria é alfabetizada, sendo que, 5 (6,3%) nunca estudaram, 31 (38,8%) fizeram o primário (incompleto ou completo), 12 (15%) têm 1º grau completo, 20 (25%) terminaram o 2º grau, enquanto 12 idosas (15%) têm curso superior completo.

Foram comparadas as médias da renda mensal familiar entre cada classe econômica, de acordo com o “Critério de Classificação Econômica Brasil” da Anep (2000) com o objetivo de verificar se existe diferença entre as classes em relação a renda mensal (tabela 1):

Tabela 1. Classe Econômica das Participantes

	Frequência	%	Renda Mensal (em reais)	DP	Mínimo	Máximo
Classe A2	6	7,5	11.166,67	4215,05	5.000	18.000
Classe B1	15	18	3.930,00	1931,12	1.700	10.000
Classe B2	18	22,5	2.544,12	1190,57	950	6.000
Classe C	30	37,5	1.185,00	604,03	400	2.800
Classe D	9	11,3	500,00	216,506	350	1.000
Classe E	2	2,5	350,00	0	350	350
Total	80	100	2.686,88	3.094,76	350	18.000

A maioria das idosas está na classe econômica B ou C, sendo que nenhuma participante foi classificada na classe A1. Além disso, pode-se perceber que o desvio-padrão da renda mensal em cada nível é alto, bem como a sua variação, dados que indicam que as participantes não são homogêneas em relação à renda mensal. Foi verificado que as médias da renda mensal se diferenciam significativamente entre as classes econômicas ($p < 0,001$). Ao agrupar as classes econômicas em alta (A2, B1 e B2) e baixa (C, D e E) percebe-se que 48% das idosas são de classe alta e 52% de classe econômica baixa.

A fonte de renda de grande parte das idosas provém de rendimentos de pensão ($n = 38/ 47,5\%$), 33 (41,3%) recebem aposentadoria, 3 (3,8%) são totalmente dependentes do marido, 3 (3,8%) vivem de aluguel e 2 idosas têm como fonte de renda o trabalho (uma na costura e outra com vendas). Uma idosa não respondeu esta questão.

A maioria das idosas ($n = 54/ 67,5\%$) tinha outras ocupações além de cuidar da casa (tabela 2). Nas entrevistas, apenas duas participantes não relataram ter que cuidar da casa por serem solteiras e terem empregada doméstica.

Tabela 2. Ocupação principal das participantes durante a maior parte da vida.

Ocupação	Frequência	%
Dona de Casa	26	32,5
Professora	11	13,8
Funcionária Indústria/Comércio	8	10
Empregada Doméstica/ Diarista	8	10
Costureira	6	7,5
Funcionária Pública	6	7,5
Rendeira	4	5
Esteticista	2	2,5
Ajudar nos negócios do marido	2	2,5
Outras*	6	7,5
Total	80	100

*Profissões com apenas uma participante: telefonista, assistente social, comissária de bordo, farmacêutica bioquímica, advogada e dentista.

3.3 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados nesta pesquisa foram aplicados em forma de entrevista. Considerando que na maioria das vezes, as idosas não se restringem a responder diretamente o que foi perguntado, as entrevistas foram gravadas, para possibilitar a utilização destas informações dadas pelas participantes na situação da pesquisa, conforme recomenda Minayo (2004). Algumas entrevistas não puderam ser gravadas, mas as falas principais das participantes foram anotadas no formulário e transcritas no diário de campo. No total, 26 entrevistas foram gravadas.

Os pesquisadores que aplicaram os testes passaram por treinamento prévio, que consistiu em dois encontros, sendo que no primeiro, os procedimentos e todas as questões foram revisados e no segundo encontro, os instrumentos foram aplicados entre os próprios pesquisadores. A equipe de pesquisadores responsáveis pela coleta de dados foi composta por seis alunos do Laboratório de Psicologia do Esporte (LAPE) do CEFID/UEDESC.

3.3.1 Entrevista de caracterização geral e auto-avaliação das idosas

Foi utilizada uma entrevista semi-estruturada para caracterizar as idosas quanto às variáveis: estado civil, escolaridade, dominância manual, nível econômico (objetivo e subjetivo), condição de saúde, sonolência auto-avaliação da memória e capacidade de solucionar problemas, histórico esportivo, prática de atividade física, nível de atividade intelectual e atividades atuais. O roteiro da entrevista foi feito com base no questionário de Andrade (2001).

A clareza das questões foi verificada no estudo piloto. A entrevista foi escolhida por ser um instrumento viável e adequado à população alvo deste estudo, pois permite aumentar a confiabilidade quanto à compreensão das idosas a respeito de cada questão e pela possibilidade de aprofundar algumas questões do roteiro ao deixar a participante mais livre para complementar as respostas (ANEXO 2).

A estrutura da entrevista foi definida por tópicos, sendo que algumas questões foram incluídas com base nas pesquisas que indicam variáveis que influenciam no desempenho

cognitivo e no estado emocional das idosas. Estas questões foram utilizadas para aprofundar a compreensão das correlações previstas nos objetivos da pesquisa.

3.3.1.1 Características Gerais

As questões relacionadas ao nível econômico foram estruturadas visando abranger o nível objetivo (classe econômica e renda mensal) e subjetivo (situação econômica em relação ao passado e em relação às necessidades básicas). Para verificar a classe econômica, foi utilizado o “Critério de Classificação Econômica Brasil”, que faz uma estimativa do poder de compra das pessoas e famílias urbanas, sem ter a pretensão de classificar a população em classes sociais (ANEP, 2000).

No item “condição de saúde”, foi incluída a “Escala de Sonolência de Epworth” (ESS) que se destina a verificar a propensão ao sono. Esta escala abrange as variedades de propensões ao sono, com 8 questões sobre situações cotidianas, onde a pessoa deve avaliar de 0 a 3 quanto a sua tendência a adormecer. Os escores distinguem os sujeitos que têm diferentes níveis de sonolência, sendo tais escores correlacionados com a latência do sono durante o dia (JOHNS, 1991) e a noite (JOHNS, 1992). A ESS é um instrumento sensível para medir sonolência em populações gerais e específicas, como idosos, apresentando um elevado índice de consistência interna ($r=0,88$) (JOHNS, 1991). Souza et al. (2003) utilizaram esta escala em um estudo sobre o uso de hipnóticos e ocorrência de sonolência diurna excessiva (SED) e verificaram que a escala é válida para a população idosa. Indivíduos que apresentaram um escore igual ou superior a 11 foram excluídos da amostra por apresentarem sonolência diurna excessiva (SED).

3.3.1.2 Prática de Atividade Física

Para investigar a prática de atividade física regular foram utilizadas as perguntas do item “Prática de Atividade Física”. Estas perguntas foram formuladas de acordo com alguns estudos que tiveram como objetivo verificar a relação entre atividade física e cognição (EVENSON et al., 2002; STURMAN et al., 2005; LARSON et al., 2006; MALMBERG et al., 2005) e bem estar psicológico (HASSMÉN, KOIVULA e UUTELA, 2000).

Evenson et al. (2002) realizaram um estudo multiétnico que visava descrever diferenças na participação em atividades físicas moderadas e vigorosas durante diversos períodos da vida de mulheres pós-menopausa. O estudo abordou a temática enfocando apenas

os aspectos comportamentais da atividade física, distinguindo sujeitos que fazem atividades físicas moderadas daqueles que praticam atividades físicas intensas. Malmberg et al. (2005) ao investigar a relação entre atividade física e demência verificaram que o gasto energético semanal não foi um fator protetor contra demência, mas que a intensidade, o tipo e a frequência de atividade física de lazer o foram.

Considerando que o foco deste estudo é a prática regular de atividade física de lazer, optou-se por indicar questões diretas sobre o comportamento de exercício, moderado ou intenso, modalidade e tempo de prática. Isto foi necessário porque interessa verificar as diferenças entre as idosas que praticam pouco, muito e que não praticam atividade física regularmente, obtendo diferenciação destas em função da natureza das suas atividades físicas e considerando há quanto tempo as realizam.

Larson et al. (2006) verificaram que houve uma redução do risco de demência apenas em idosas que indicaram se exercitar 3 ou mais vezes por semana, por 60 minutos ou mais durante 6 anos.

Desta forma, optou-se por agrupar as idosas em função das respostas às perguntas sobre prática regular de atividade física consistente com os estudos de Larson et al. (2006) e Evenson et al. (2002) dividindo as idosas em função da sua frequência e duração em exercícios moderados e vigorosos. Assim, a classificação foi feita da seguinte forma:

- **Não praticantes de atividade física regular:** são as idosas que não praticam atividade física regular nenhuma vez por semana.
- **Intermediárias:** são as idosas que praticam atividade física, mas não atingem 180 minutos de atividade física moderada semanal.
- **Praticantes de atividade física regular:** são as idosas que praticam atividade física regular 3 ou mais vezes por semana, somando 180 minutos semanais ou mais.

O pré-requisito para enquadrar as idosas em cada grupo era estar com esta prática regular há pelo menos 6 meses. Foram incluídas questões sobre a realização de trabalhos que exigem esforço físico com o objetivo de diferenciar as idosas que realizam funções como limpeza da casa, faxinas, entre outras, três ou mais vezes por semana. No entanto, todas as idosas que relataram fazer tais atividades 3 ou mais vezes por semanas eram praticantes de atividade física regular, sendo assim, não foi necessária a separação da categoria “trabalho pesado”.

Outras questões sobre atividade física regular foram feitas pela necessidade de saber o significado desta prática para as idosas. Estas questões foram elaboradas com base no estudo de Harris et al. (2006) que, ao examinar a associação entre a prática de atividade física e depressão, verificaram que o motivo pelo qual as pessoas praticam atividade física pode influenciar no grau de redução do seu estado depressivo.

Em uma revisão, Rhodes et al. (1999) indicaram que a escolaridade e o histórico esportivo são fatores importantes na prática da atividade física na terceira idade. Hivensalo et al. (2000) demonstraram que a participação em esportes recreativos entre os 40-60 anos foi capaz de prever o nível de atividade física na terceira idade. Com base nestes estudos, foram elaborados os itens “Histórico de Atividades Físicas e de Lazer” e “Atividades Atuais”, que procuram identificar variáveis relevantes na compreensão da relação atividade física, desempenho cognitivo, estresse e depressão.

A classificação do histórico de atividade física foi feita de acordo com a proposta e realizada por Rydwick et al. (2005). Desta forma, as idosas foram classificadas em três categorias em relação ao histórico de atividade física: a) **não praticantes**: aquelas que não relataram praticar atividade física regularmente e não indicaram trabalho que exigisse esforço físico; b) **praticantes**: aquelas que praticaram atividade física regular durante a maior parte do período em que tinham de 30 a 60 anos; c) **trabalho pesado**: idosas que relataram realizar regularmente esforço físico significativo em atividades ocupacionais e não realizavam atividade física. Esta classificação não é a mesma que a feita para a prática atual de atividade física porque se trata de um período longo de tempo, no qual é difícil definir o nível intermediário.

3.3.1.3 Nível de Atividade Intelectual

Para classificar as idosas quanto ao nível de atividade intelectual, foram considerados os seguintes fatores: escolaridade, profissão e realização de leituras no passado, ocupação, atividades atuais, frequência semanal de leitura e prática de jogos. Estes fatores foram combinados para categorizar o nível de atividade intelectual das idosas em: baixo, médio e alto. Esta classificação foi feita com base nos estudos de Sturman et al. (2005) e Wilson et al. (2003). A escolaridade e o histórico ocupacional e de atividades foram considerados nos escores, a fim de abranger além das atividades cognitivas, conforme o proposto por Wilson et al. (2003), um escore geral de atividade intelectual, que evite fragmentar as análises multivariadas. O peso de cada fator está descrito no Apêndice 2. A pontuação da escala varia

de 0 a 37, de forma que a escolaridade responde por grande parte da pontuação (máxima 20 – doutorado). Os pontos de corte foram definidos de forma que ter 2º grau completo garanta um médio nível de atividade intelectual e que as idosas com apenas o primário possam alcançar o nível médio de atividade intelectual, caso tenham muitas atividades cognitivas.

É importante destacar que esta escala é um recurso de controle da atividade intelectual de maneira global, onde foram reunidas as diferentes atividades cognitivas para compreender o quanto estas influenciam no desempenho cognitivo. Assim, foram estimados pontos de corte, para permitir a comparação de médias dos grupos:

- **Baixo nível de atividade intelectual:** idosas que pontuaram de 0-11 na escala.
- **Médio nível de atividade intelectual:** idosas que pontuaram de 12-22 na escala.
- **Alto nível de atividade intelectual:** idosas com mais de 23 pontos na escala.

Estes pontos de corte são apenas estimativas, feitas a partir das comparações de médias com diferentes pontos de corte, com base no que foi realizado por Wilson et al. (2003) e Sturmman et al. (2005). Ao comparar as médias gerais de atividade intelectual entre os níveis definidos pelos pontos de corte, verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Os dados apresentados na tabela 3 demonstram que os pontos de corte definidos são capazes de diferenciar os grupos em relação ao escore na escala.

Tabela 3. Médias do Nível de Atividade Intelectual para cada ponto de corte.

Nível de Atividade Intelectual	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Mínimo	Máximo
Baixo (0-11)	36	5,86	3,016	0,503	0	10
Médio (12-22)	25	16,16	2,54	0,509	12	20
Alto (23-37)	19	27,32	3,34	0,770	23	33
Total	80	14,18	9,104	1,108	0	33

3.3.2 O mini-exame do estado mental (MEM)

Para mensurar a capacidade cognitiva global foi utilizado o “Mini-Exame do Estado Mental”, desenvolvido por Folstein et al. (1975). Desde 1975, este instrumento vem sendo validado e usado em muitos países, tanto na pesquisa quanto na prática clínica. No Brasil, foi traduzido e validado para o uso na pesquisa e na clínica em indivíduos idosos obtendo um

índice de confiabilidade de 0,85 (BERTOLLUCCI et al., 1994; LAKS et al., 2003). É um instrumento composto por 11 questões que testam 5 aspectos do funcionamento cognitivo: orientação (espacial e temporal), processamento, atenção, cálculo, memória e linguagem (ANEXO 3).

As normas para a aplicação uniforme do MEM foram sugeridas por Brucki et al. (2003) ao realizar um estudo de padronização da aplicação em 433 indivíduos, avaliando seu desempenho em relação às variáveis demográficas. A escolaridade foi o principal fator que influenciou o desempenho dos indivíduos. Os escores medianos por escolaridade foram: 20 para analfabetos; 25 para 1 a 4 anos de escolaridade; 26,5 de 5 a 8 anos; 28 de 9 a 11 anos e 29 para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos. Lourenço e Veras (2006) sugeriram pontos de corte de 18/19 para analfabetos.

Baseado nestes resultados, a presente pesquisa utilizou o ponto de corte indicado por Folstein et al. (1975), considerando o escore mínimo de 23 para idosas com mais de 4 anos de escolaridade e de 19 para aquelas com escolaridade inferior a 4 anos. Estes limites estão de acordo com os resultados verificados por Brucki et al. (2003) e com os pontos de corte sugeridos por Lourenço e Veras (2006), sendo que foram utilizados para verificar se as idosas apresentam os requisitos cognitivos mínimos para participar do estudo.

3.3.3 Bateria de Avaliação Cognitiva Computadorizada

Para verificar o desempenho cognitivo, foi utilizada uma bateria de avaliação cognitiva computadorizada, a “*CogState Battery*”. Os índices de validade dos testes da bateria variam de 0,76 a 0,89 (COLLIE et al., 2003).

Collie et al. (2003a) investigaram os efeitos da aprendizagem de idosos nesta bateria computadorizada, em curto espaço de tempo. Os resultados indicaram que os efeitos da aprendizagem diminuem após o primeiro teste, ou seja, após a segunda administração da bateria as alterações são mínimas. Isto indica que a prática do teste incluída no programa é suficiente para minimizar os efeitos da aprendizagem. As idosas realizaram a bateria duas vezes no estudo piloto, visando identificar a magnitude dos efeitos da prática. Foi verificado que na segunda aplicação da bateria os resultados são estabilizados.

A bateria computadorizada *CogState* tem como característica ser breve, com um número de tentativas suficientemente alto para aumentar a confiabilidade das avaliações. O

tempo aproximado de aplicação da bateria é de 10 minutos, com intervalo na metade do teste. O intervalo acaba quando o indivíduo diz estar pronto para continuar, sem tempo cronometrado.

Para esta pesquisa optou-se por utilizar uma bateria *CogState* personalizada com testes simples. Os domínios cognitivos testados foram: tempo de reação (simples e de escolha), memória de trabalho e memória de curta duração e atenção concentrada. As tarefas escolhidas foram: Tarefa de Tempo de Reação Simples (velocidade de resposta), Tarefa de Tempo de Reação de Escolha (tomada de decisão), Tarefa “Volta-Uma” (memória de trabalho), Tarefa Aprendizagem de “Uma-Carta” (memória de curto prazo), Tarefa de Monitoração (atenção concentrada). A descrição detalhada dos testes consta no anexo 4. Cada teste apresenta feedback auditivo, sendo que ao errar, antecipar ou adiar a resposta é apresentado um ruído, parecido com uma buzina.

Os resultados do estudo piloto indicaram que é necessária a realização da bateria duas vezes, sendo a primeira considerada treino e a segunda, a avaliação. Os testes foram mantidos com a configuração original, validada internacionalmente (COLLIE, MARUFF e DARBY, 2001; COLLIE et al., 2003; DARBY et al., 2003; MARUFF, 2006).

Para cada participante em todos os testes foi mensurado o tempo de reação (TR ou velocidade psicomotora) e a acurácia. O TR foi mensurado em milisegundos (ms) e também em valor transformado com logaritmo de base 10. A acurácia das respostas foi obtida pelo número de respostas corretas positivas e negativas dividido pelo número total de tentativas feitas, sendo este resultado apresentado em forma de percentual de acertos.

3.3.4 Escala de depressão em Geriatria

Para verificar o nível de depressão, foi utilizada a “Escala de Depressão em Geriatria” (GDS-15) desenvolvida por Yesavage et al. (1983). A versão original é constituída por 30 itens com perguntas fechadas dicotômicas, onde cada sintoma depressivo é acompanhado por duas opções de resposta: “sim e não”. Foram elaboradas versões reduzidas da GDS, com 1, 4, 10, 15 e 20 questões. A versão brasileira com 15 questões (GDS-15) foi utilizada neste estudo por apresentar um índice de confiabilidade de 0,81 (ALMEIDA e ALMEIDA, 1999), similar ao da versão com 30 itens e superior ao encontrado nas versões com 1, 4, 10 e 20 questões (ANEXO 5).

Paradela, Lourenço e Veras (2005) fizeram um estudo de validação com o objetivo de definir pontos de corte, verificando a sensibilidade da escala para diagnosticar depressão clínica. Foi verificada uma sensibilidade de 82% e especificidade de 71%. Os pontos de corte da escala foram delimitados, sendo que idosos com escore de 6 a 10 podem ser considerados com depressão leve e de 11 a 15 com depressão maior.

3.3.5 Escala de estresse percebido (PSS)

Existem 3 formas de medir o estresse, uma é direcionada a presença de agentes estressores específicos, outra é voltada para os sintomas físicos e psicológicos do estresse e a terceira pretende mensurar a percepção de estresse individual de forma global, independente dos agentes estressores (COHEN e WILLIAMSON, 1988). Existem também instrumentos que mensuram o nível de estresse por meio de escalas que quantificam o impacto de eventos estressores específicos (*life-events impact*), porém estes instrumentos apresentam limitações, uma vez que a percepção de eventos como ameaçadores varia muito entre os indivíduos.

Neste estudo o estresse foi avaliado de forma global, por meio da Escala de Estresse Percebido (PSS), desenvolvida por Cohen, Karmack e Mermelstein (1983). Esta escala, que mede o grau no qual os indivíduos percebem as situações como estressantes, foi inicialmente apresentada com 14 itens (PSS 14), sendo também validada com 10 e 4 questões para pesquisas por telefone. A PSS 14 é a versão original, na qual os itens foram designados para verificar o quanto imprevisível, incontrolável e sobrecarregada os respondentes avaliam suas vidas (COHEN et al., 1983). A PSS é uma escala geral, que pode ser usada em diversos grupos etários, desde adolescentes até em idosos, pois ela não contém questões específicas do contexto.

No Brasil, esta escala foi traduzida e validada para a avaliação do estresse percebido de idosos apresentando um índice de confiabilidade de 0,82 (LUFT et al., 2007). A escala fornece um escore que pode variar de 0 a 56, sendo que pontos de corte específicos não são sugeridos, pois o estresse deve ser avaliado no seu continuum, aprimorando a validade estatística das análises e ganhando em precisão (ANEXO 6).

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética, foram contatados os responsáveis pelos programas e grupos de idosos participantes deste estudo.

Nos grupos de convivência da prefeitura, a coleta de dados foi feita no dia dos encontros, enquanto que nos outros grupos, foi feita nas casas das participantes ou no Laboratório de Psicologia do Esporte e do Exercício (LAPE). Cada idosa foi contatada e convidada por telefone ou na ocasião da aula, sendo agendado o dia, hora e local mais apropriado para a participante. Na ocasião do convite para a participação na pesquisa, foi explicado para cada idosa que ela teria que dispor aproximadamente uma hora para a coleta de dados.

As idosas que aceitaram e preencheram os pré-requisitos para a participação na pesquisa assinaram a carta de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 1). Cada idosa ficou com uma cópia da carta assinada pelo pesquisador responsável pela pesquisa. Antes do início da entrevista, o pesquisador explicava novamente a pesquisa e os procedimentos da coleta, deixando claro que a idosa poderia não responder as questões que não quisesse.

Inicialmente, as informações relevantes, além das respostas objetivas, relatadas pelas idosas, eram anotadas no formulário e passadas para o diário de campo. Devido a grande riqueza de informações obtidas ao longo das coletas, optou-se pela gravação dos relatos das idosas durante as coletas de dados. Assim, era solicitada a autorização para a gravação da entrevista, caso a idosa autorizasse, a entrevista era gravada. Nestas entrevistas era entregue um documento garantindo o sigilo de identidade das participantes, assinado pelo pesquisador responsável (APÊNDICE 1). No total, foram gravadas 26 entrevistas, cujo perfil das participantes consta no apêndice 3.

A coleta de dados foi feita em forma de entrevista, sendo que primeiramente, foi aplicado a bateria de avaliação cognitiva *CogState*. Na primeira aplicação da bateria, foi deixado claro que o teste poderia ser interrompido em qualquer momento, sendo que o pesquisador deveria se certificar que a participante havia entendido a tarefa. Caso a tarefa fosse iniciada e o pesquisador percebesse que não havia sido bem compreendida, o teste era interrompido e a tarefa era explicada novamente, prosseguindo após a participante demonstrar que havia entendido.

Depois da primeira aplicação da bateria cada idosa respondeu as questões da entrevista de caracterização geral, seguida pela aplicação do Mini-Exame do Estado Mental (Mini-

Mental), que foi utilizado de acordo com os procedimentos padronizados descritos por Brucki et al. (2003).

Após o Mini-Mental, aplicou-se a Escala de Depressão em Geriatria (GDS) de acordo com o procedimento padrão descrito por Yesavage et al. (1983). Em síntese, as questões eram lidas e as idosas se posicionavam respondendo “sim” ou “não”.

Na seqüência, foi aplicada a Escala de Estresse Percebido (PSS). Os procedimentos adotados foram os mesmos descritos por Luft et al. (2007) ao validar esta escala em idosos. As questões eram lidas em voz alta e a idosa as respondia escolhendo a opção em uma escala de 0 a 4 (0=nunca; 1= quase nunca; 2=às vezes; 3= quase sempre; 4= sempre). As opções da escala eram demonstradas em uma folha com letras grandes, onde a idosa poderia visualizar as opções e o significado de cada resposta.

Após a finalização das perguntas a idosa realizava novamente a bateria de avaliação cognitiva *CogState*. Na segunda aplicação da bateria cognitiva, o pesquisador apenas lia a explicação da tarefa, que consta na tela, e perguntava para a participante se ela lembrava da tarefa. Se a resposta fosse positiva, a idosa dava início ao teste, caso não lembrasse, a tarefa era explicada novamente, até se certificar da compreensão da mesma. Durante o segundo teste era instruído que a idosa procurasse se concentrar ao máximo e para que não iniciasse nenhum teste antes de ter certeza de que havia entendido.

O tempo de aplicação da primeira bateria cognitiva foi em média de 15 minutos, porque as explicações, especialmente na tarefa de memória de trabalho, exigiam mais tempo para garantir a compreensão do teste. A segunda aplicação da bateria foi mais rápida, durando em média 10 minutos, devido à aprendizagem prévia da tarefa. O tempo entre a primeira e a segunda aplicação foi em média de 50 minutos. Considerando que a duração das entrevistas variou de uma a cinco horas, foi necessário controlar o intervalo entre a primeira e a segunda aplicação da bateria de avaliação cognitiva, sendo que caso a entrevista não acabasse em 50 minutos após a primeira aplicação, o pesquisador fazia uma interrupção para a realização do teste, e depois disto, dava seqüência ao restante das perguntas.

Este procedimento foi adotado para garantir um intervalo de tempo similar entre as aplicações da bateria cognitiva, pois o tempo entre uma aplicação e outra produz diferenças na aprendizagem das tarefas (DARBY, 2004). Nos casos em que houve alguma interrupção, como por exemplo, o telefone tocando, o teste foi reiniciado do início.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

3.5.1 Tratamento Estatístico

A tabulação e a análise estatística dos dados foram realizadas no software estatístico SPSS, versão 13.0. Primeiramente, foi aplicada a estatística descritiva (frequência, percentual, média, desvio padrão), onde foram analisados os histogramas e valores de assimetria e curtose para verificar a normalidade de distribuição dos dados. Esta análise foi feita com todas as variáveis intervalares antes da execução dos testes inferenciais.

Com as variáveis do desempenho cognitivo resultantes da bateria *cogstate*, foram adotados procedimentos de normalização dos dados. Isto foi feito com base nas pesquisas de Collie et al. (2003; 2003a), Darby et al. (2002), Cargin et al. (2003), Cargin et al. (2006) que utilizaram a mesma bateria e verificaram a necessidade de normalização devido a distribuição dos dados apresentar uma curva assimétrica positiva. Neste estudo, foi verificada uma assimetria positiva para os tempos de resposta. Esta bateria fornece o resultado em milisegundos (ms), para os tempos de resposta nos 5 testes, sendo este resultado normalizado pelo próprio programa, que fornece o desempenho através do tempo em milisegundos e normalizado com transformação logarítmica de base 10. Para a normalização, utiliza-se uma transformada logarítmica, que é recomendada quando os dados apresentam variâncias extremas. Osborne (2002) recomenda o uso de transformadas logarítmicas de base 10 para as ciências sociais, principalmente porque elas ajudam a reduzir erros do tipo I e II, diminuindo as distâncias entre os dados e mantendo as posições destes.

Com os dados normalizados e as distribuições normais, foram realizadas as análises inferenciais. O intervalo de confiança adotado foi de 95%. Para a análise das correlações entre variáveis intervalares com distribuição normal, foi utilizada a correlação linear de Pearson. Para correlacionar variáveis ordinais ou aquelas que não apresentaram distribuição normal, como a depressão, utilizou-se a correlação de Spearman. As correlações parciais foram utilizadas, considerando as variáveis da caracterização geral. Para verificar a relação entre variáveis nominais, utilizou-se o teste do qui-quadrado.

No caso de dados normalmente distribuídos, foi utilizado teste t para amostras independentes quando o objetivo foi comparar dois grupos, e ANOVA e Post-Hoc de Scheffé

para comparar 3 ou mais grupos. No caso de dados não paramétricos, foi utilizado o teste de Mann-Whitney para comparar dois grupos e Kruskal-Wallis para comparar 3 ou mais grupos.

Para analisar o desempenho cognitivo, foi necessária a aplicação de análise multivariada de variância (MANOVA), que é um teste que deve ser utilizado quando se tem mais de uma variável dependente. A MANOVA combina as variáveis dependentes em uma nova variável e então usa esta nova variável como única nas análises. Conseqüentemente, esta análise mostra se existe alguma diferença na combinação linear das variáveis de estudo em função da variável independente. Esta análise foi realizada de acordo com as recomendações de Dancey e Reidy (2004), observando primeiramente se as variáveis dependentes estavam normalmente distribuídas. O *Box's M Test* é feito para verificar se houve ou não violação na homogeneidade das matrizes de variância-covariância, caso haja, os autores recomendam maior cautela na interpretação dos resultados. A fórmula utilizada para o cálculo do valor F foi o *Wilk's Lambda*. Seguida desta análise, foi realizada a comparação de efeitos principais, com Post-Hoc de Bonferroni, para verificar especificamente em qual variável dependente foi verificada a principal diferença.

Para verificar possíveis efeitos interativos entre as variáveis: prática de atividade física, nível de atividade intelectual e histórico de atividade física, foi utilizado um design 5 (domínios cognitivos) X 3 (prática de atividade física) X 3 (nível de atividade intelectual). O outro design utilizado foi 5 (domínios cognitivos) X 3 (prática de atividade física) X 3 (histórico de atividade física).

Para as variáveis estresse e depressão, foi utilizada ANOVA fatorial com desenho para mais de uma variável independente (*two-way* ANOVA), com desenho 3 (prática de atividade física) X 3 (nível de atividade intelectual) e 3 (prática de atividade física) X 3 (histórico de atividade física), a fim de observar possíveis efeitos interativos entre estas variáveis.

Nas análises multivariadas o nível de significância adotado foi de $p < 0,008$. Este nível foi adotado de acordo com as recomendações de Dancey e Reidy (2004) onde é sugerido dividir o valor de “p” pelo número de comparações a serem realizadas. Neste estudo, existem duas variáveis independentes com três níveis cada. Desta forma, dividiu-se 0,05 por 6, obtendo-se o valor de $p < 0,008$. Este procedimento é recomendado devido ao fato de que o número de comparações realizadas aumenta a probabilidade de erros do tipo I.

3.5.2 Análise Qualitativa

As informações contidas no diário de campo, as anotações feitas durante as entrevistas e as respectivas gravações foram utilizadas na análise qualitativa. Depois de ouvidas as entrevistas, foram transcritos apenas os depoimentos que forneciam explicações espontâneas das participantes em relação às perguntas dos instrumentos.

Minayo (2004) aponta que existem diferentes formas de analisar o conteúdo de entrevistas qualitativas. Enquanto a análise de conteúdo de Bardin (1977) engloba técnicas de análise e categorização, a Hermenêutica Dialética se coloca como um “caminho do pensamento”, como uma via de encontro entre as ciências sociais e a filosofia, e não como uma tecnologia de interpretação de textos, não se constituindo de um conjunto de regras disciplinadoras do discurso.

Habermas (1987) citado por Minayo (2004, p.223) destaca que “a hermenêutica se apóia na reflexão histórica que concebe o intérprete e seu objeto como momentos do mesmo contexto”. Embora a hermenêutica dialética esteja baseada na comunicação ela se difere da lingüística, cujo objeto principal é a reconstrução do sistema abstrato de regras de uma linguagem natural. A estrutura do “significado” presente na linguagem é apenas um fator na totalidade do mundo real, que para Habermas se compõe de trabalho, poder e linguagem. “Portanto, a tradição cultural que se expressa na linguagem está marcada pelo caráter ideológico das relações de trabalho e de poder” (MINAYO, 2004, p.224).

O objetivo não foi fazer uma análise hermenêutica-dialética rigorosa do ponto de vista metodológico. No entanto, foi importante adotar um caminho teórico, uma orientação, para a interpretação dos depoimentos das idosas.

Desta forma, a análise qualitativa realizada nesta pesquisa buscou nas referências da dialética (MINAYO, 2004) a fundamentação teórica necessária ao estudo qualitativo, utilizando-se da hermenêutica dialética como um caminho teórico na análise e interpretação das falas das participantes.

A operacionalização desta análise se deu a partir de alguns passos sugeridos por Minayo (2004). Primeiro, o material foi revisado, sendo ouvido, transcrito e organizado. O segundo passo foi a classificação dos dados, onde após a leitura repetida dos textos foram constituídos vários “corpus” de comunicação, sendo formadas as unidades de análise. Após esta fase, as unidades foram enxugadas e classificadas por temas mais relevantes, sendo que os depoimentos foram unificados em torno de categorias centrais, que constituíram os eixos

temáticos. Por último, buscou-se trazer estes dados empíricos para o plano teórico, e vice-versa, procurando realizar uma análise em torno dos elementos históricos e sociais dos grupos envolvidos. Os eixos temáticos foram definidos a partir dos próprios depoimentos das participantes em conjunto com o verificado na literatura investigada.

A união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações mas com significado específico. Esse texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo que as tensões e perturbações sociais” (MINAYO, 2004, p.227-228).

3.6 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO

Embora este trabalho esteja enraizado na noção dos fatores de risco, se reconhece a fragilidade de tal construção teórica, conforme aponta Castiel e Vasconcellos-Silva (2006). A intenção inicial era realizar uma análise do estresse, depressão e desempenho cognitivo das idosas relacionado à prática de atividade física e ao seu histórico, buscando entender como estas relações, se existentes, acontecem na história de vida de algumas idosas.

No entanto, no decorrer do processo de investigação, tanto a nível teórico quanto empírico, foi surgindo a necessidade de compreensão dos elementos que sustentam tal abordagem. A realidade foi se mostrando demasiado complexa para ser investigada por meio apenas dos instrumentos empíricos tradicionais. Se por um lado, a pesquisa abrange uma grande quantidade de variáveis que pretendia evitar “reducionismos”, por outro estava submetida a uma lógica que reduzia o fenômeno as suas expressões empíricas. Bagrichevsky, Estevão e Palma (2006, p.38) destacam que “*vivemos um certo paroxismo mensurativo nos dias de hoje, sobretudo, em relação às práticas de prevenção a doenças, propaladas pela biomedicina (e suas dimensões correlatas)*”.

Skaliski e Praxedes (2003) destacam que a epidemiologia estuda a saúde na sociedade, sendo que o materialismo histórico busca a causalidade no social, enquanto que a epidemiologia clássica analisa o fator coletivo como um conjunto de fatos individuais. É importante destacar que a presente pesquisa tem a sua forma e estrutura metodológica mais próxima a de um estudo de modelo epidemiológico de multicausalidade, de acordo com a

descrição de Breilh (2003). No decorrer das coletas de dados, observou-se uma dificuldade em compreender as questões de estudo partindo de um modelo epidemiológico de multicausalidade. A partir destas dificuldades constatadas no campo, foi necessária a busca por outros referenciais teóricos, que dessem conta das dificuldades. Assim, foi necessária uma mudança no foco de discussão do estudo, procurando abranger o debate sobre os conflitos e desigualdades, pois conforme Skalinski e Praxedes (2003) destacam, a prática da epidemiologia clássica exerce poder hegemônico sobre a sociedade com o intuito de desviar a discussão dos conflitos e desigualdades sociais, transformando causas coletivas em responsabilidades individuais.

Ao mesmo tempo em que se reconhece o primado das relações econômicas, políticas e culturais na saúde, se sabe que este não impede que os processos biológicos também sejam determinantes, embora se subordinem aos processos da vida social (SKALINKI e PRAXEDES, 2003). Castiel (1999) citado por Castiel e Vasconcellos-Silva (2006, p.83) destacam:

Claro que determinados 'estilos' são perigosos, seja para o próprio indivíduo, seja, também, para os que lhe cercam. Assim, demandam intervenções apropriadas. Mas, é essencial não perder de vista a perspectiva descrita, sob o risco de serem adotadas premissas que conduzam a ações insensíveis, culpabilizantes, limitadas e, conforme o caso, de efetividade restrita.

Andrade (2001), ao discutir a questão do estilo de vida no contexto dos bancários, afirma que muitos estudos não consideram o contexto social dos sujeitos muitas vezes determinante do estilo de vida:

O que se tem visto nos estudos que abordam a questão do estilo de vida e saúde, é praticamente uma negligência com relação ao fato de ser a saúde uma questão fundamentalmente sócio-econômica, antes de ser apenas a ausência de doenças ou um amplo estado de bem estar físico e psicológico (ANDRADE, 2001, p.96).

Ao discutir o primado social dos processos de saúde-doença, uma crítica comum é a de que Bateson citado por Schramm e Castiel (1992) denominou de confusão de tipo lógico, que questiona como conceituar as variáveis do nível social e as operar e relacionar ao nível individual. Isto é, como seria possível as variáveis pertencentes ao nível macro social, como classe social, ter uma relação causal com agravos específicos ao nível micro social (individual, como a depressão). Schramm e Castiel (1992, p.383) destacam que “estes pressupostos oferecem problemas de confusão de tipos-lógicos – variáveis localizadas em uma dada dimensão (populacional) talvez não possuam o mesmo comportamento se

consideradas ao nível do indivíduo”. Assim, foi destacada pelos autores a existência de níveis intermediários de análise: o grupo, a comunidade, a família.

Breilh (2003) ao discutir se a saúde corresponde a ordem “individual-subjetivo-contingente” ou a ordem “coletivo-objetivo-determinado”, argumenta que estas oposições ocultam o real sentido da vida e da saúde, que se desenvolvem entre tais processos. Assim, a saúde não é nem “individual-subjetiva-contingente”, nem “coletiva-objetiva-determinada”, mas sim o movimento de gênese e reprodução, Breilh (2003) complementa afirmando que esta discussão não tem sentido porque livre arbítrio e determinação coletiva não são termos excludentes, mas sim, interdependentes.

Trazendo estes elementos para o presente estudo, ficou clara a necessidade de compreender as relações sociais, o contexto das idosas. As relações políticas, sociais e culturais adquiriram maior relevância na pesquisa, fazendo com que grande parte da estrutura do trabalho fosse reconsiderada. Além disto, a interpretação sobre o processo saúde-doença tratada no presente estudo estava fundada na teoria do estresse, de forma que os processos psicobiológicos tinham o maior destaque, na estrutura e no texto, deixando com que a origem do estresse fosse pouco considerada. Dejours (1988) citado por Castiel (2005, p.112) destaca que *“o primado mensurável se impõe em detrimento da experiência subjetiva, a ponto de torná-la acessória, ou mesmo suspeita. A noção de estresse não distingue situações, respostas, vivências”*.

Castiel (2005) complementa afirmando que o problema na conceitualização do estresse está em “algo” que ficou “fora”. *“Na verdade, fora das possibilidades de que o instrumento empiricista dispõe para a apreensão totalizante dos fatores que expliquem satisfatoriamente o processo saúde-doença”* (CASTIEL, 2005, p.110).

Desta forma, foi verificado nesta pesquisa que embora se tentasse abranger um grande número de variáveis relacionadas ao estresse, a depressão e ao desempenho cognitivo, o estudo estaria preso à lógica dos instrumentos empíricos e da estatística, pois conforme Susser (1989) destaca, as análises multivariadas permitem abranger um número maior de aspectos da investigação, porém divorciadas tanto do substrato biológico, como do contexto social. De acordo com Schram e Castiel (2005, p.385) *“é preciso levar em conta que, com frequência, os processos biológicos assumem comportamento cujas leis não são conhecidas, sendo impossível determinar todas as variáveis intervenientes no sistema e suas intrincações”*.

Estas questões apontam para a impossibilidade de compreensão da realidade investigada apenas a partir de dados empíricos e análises estatísticas. Por isto, optou-se por utilizar o conteúdo dos depoimentos das participantes durante as entrevistas, buscando

também a compreensão da essência histórica dos fenômenos. A riqueza dos depoimentos espontâneos foi um dos fatores que interferiram no redirecionamento da própria pesquisa.

3.7 LIMITAÇÕES

Considerando que todas as pesquisas apresentam limitações em diversos níveis, são expostas aqui apenas algumas consideradas relevantes e que podem encaminhar questionamentos e reflexões aos próximos estudos envolvendo esta temática.

A primeira limitação diz respeito à delimitação do problema e à escolha dos instrumentos, que foram feitas a partir dos achados de estudos anteriores, fazendo com que o eixo central da investigação fosse definido exclusivamente com base em artigos científicos internacionais, que pouco refletem a problemática brasileira. Minayo (2004, p.16) ressalta que:

[...] saúde/doença importam tanto por seus efeitos no corpo como pelas suas repercussões no imaginário: ambos são reais em suas conseqüências. Portanto, incluindo os dados operacionalizáveis e junto com o conhecimento técnico, qualquer ação de tratamento, de prevenção ou de planejamento deveria estar atenta aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem a ação se dirige. É preciso entender que, ao ampliar suas bases conceituais, as ciências sociais da saúde não se tornam menos 'científicas', pelo contrário, elas se aproximam com maior luminosidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam.

Assim, a delimitação do problema e a escolha dos instrumentos podem ter limitado o estudo no sentido da capacidade de apreensão da realidade vivenciada pelas idosas. A delimitação do problema deveria ter sido feita com base também nas questões destacadas pelas próprias idosas, o que tornaria a pesquisa mais próxima da realidade que abordou.

As próximas limitações apontadas estão conectadas com esta primeira, remetendo à observação da inserção do problema de investigação na realidade social dos participantes da pesquisa.

Os aspectos neuropsicológicos foram definidos em termos de estresse, depressão e desempenho cognitivo. A depressão e o estresse foram avaliados por meio de duas escalas validadas. Embora os instrumentos utilizados tenham sido devidamente validados puderam-se perceber algumas limitações no decorrer do período de coleta de dados. Em relação ao desempenho cognitivo, foram investigadas a memória de trabalho e a de curto prazo, além do tempo de reação simples, de escolha e a atenção concentrada.

No caso da avaliação cognitiva, observou-se que os testes, embora bem aceitos pelas participantes, tinham pouca validade ecológica. Thompson (1992, p.153) destaca que “a falta de qualquer interesse intrínseco é o que invalida muitos dos primeiros experimentos com memória em laboratório”. Assim, os testes cognitivos, especialmente os de memória, apresentavam um componente difícil de controlar, algo que ultrapassa as possibilidades dos testes de laboratório, que é o interesse das idosas pelos testes propostos.

Além disto, a memória de curto prazo e de trabalho pareceu ser algo menos relevante para as idosas do que é apontado na literatura. Thompson (1992), ao discutir a redução de memória no envelhecimento, argumenta que a memória de curto prazo diminui nos mais velhos à medida que suas experiências se acumulam, exigindo uma maior seletividade da memória de curto prazo. No decorrer da pesquisa, especialmente durante as entrevistas, observou-se que as idosas, ao perceberem algumas falhas de memória, passaram a adotar estratégias (como fazer anotações) para não deixar que isto afetasse a sua rotina. No entanto, a maioria destas não iniciou o uso desta estratégia na terceira idade, e sim, muito tempo antes. Com isto, evidencia-se que esta pesquisa valorizou a priori, com base em estudos científicos internacionais, questões que, para a maioria das idosas desta amostra, não se constituía de um problema que afetasse negativamente sua vida.

Desta forma, é importante ressaltar a importância de maior compreensão dos problemas reais da população investigada, evitando reduzir a pesquisa ao que foi “cientificamente” testado, a fim de não perder de vista a possibilidade de uma produção acadêmica mais comprometida com a realidade e com a inserção dos conhecimentos científicos no cotidiano.

Outras limitações deste estudo residem em aspectos próprios dos instrumentos empíricos de quantificação dos eventos psicológicos. Uma destas limitações foi a observação de que a complexidade do fenômeno psicológico não pode ser reduzido nas escalas. Isto pôde ser observado nas entrevistas, onde muitas participantes apresentavam dificuldade de se posicionar. Por exemplo, na escala de estresse percebido, houve algumas divergências e ambigüidades nas respostas. Questões como: “Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?”, foram respondidas: “... ah... sim, mas depende dos problemas...”. Outra questão: “Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?”, houve respostas como: “na minha vida sim, mas no mundo não, a violência, a guerra,... e isto me estressa demais...”.

Estas questões não invalidam a escala, dada a sua adequação fatorial e confiabilidade, no entanto, apontam para a baixa valorização das diferentes situações estressantes, mesmo no âmbito individual. Desta forma, a escala de estresse permite conhecer as percepções

individuais relacionadas a uma ou outra variável, mas fornece uma análise limitada na tentativa de entender o fenômeno dentro da sua coletividade, da compreensão do que pode estar causando estresse nas idosas.

Na escala de depressão, dois outros problemas foram observados. A falta de uma opção de resposta intermediária foi uma das limitações, pois algumas participantes ao serem questionadas respondiam: “mais ou menos, nem sim, nem não... não sei como responder”. Outra limitação diz respeito a dificuldade de algumas idosas admitir alguns sentimentos, por exemplo, algumas até se sentiam de determinada forma, mas se sentiam culpadas e então mudavam a resposta dizendo: “... Deus é tão bom comigo, não posso me sentir assim né, é pecado...”. Um depoimento interessante que retrata de outra maneira esta questão foi “Só melhorei depois da separação porque eu não podia admitir o que eu estava sentindo, pois o meu marido trabalhava muito e eu me sentia culpada por estar daquele jeito”.

Visando superar ou ao menos amenizar esta limitação, optou-se por gravar as entrevistas, utilizando este conteúdo para enriquecer a análise dos dados. A descoberta destas limitações faz parte da própria experiência de campo adquirida e também da mudança de posicionamento teórico que foi ocorrendo no decorrer da pesquisa. Thompson (1992, p.33) afirma que os alunos vêm à entrevista para aprender, o que significa “*sentar-se ao pé de outros que, por provirem de uma classe social diferente, ou por serem menos instruídos, ou mais velhos, sabem mais a respeito de alguma coisa*”. Neste processo, Thompson (1992, p.32) destaca que a experiência vai muito além do campo:

Descobrem que as pessoas por eles entrevistadas não se ajustam facilmente aos tipos sociais apresentados pelas leituras preliminares. Precisam de fatos, ou pessoas, ou registros que se mostram exasperadoramente esquivos. Vêm-se diante de problemas de vieses de contradição e de interpretação da evidência.

Assim, essa mudança de posicionamento, tanto da pesquisadora, quanto da investigação, passa pela aprendizagem obtida com as próprias participantes da pesquisa, com as suas falas e vivências, que acabavam sendo espontaneamente ditas, a medida que a entrevistadora se colocava na posição de quem queria aprender com as entrevistadas. Thompson (1992, p.41), ao comentar sobre as falas das pessoas entrevistadas, indica que “*com elas se aprende mais do que simples conteúdo. As gravações demonstram como é rica a capacidade de expressão de pessoas de todas as condições sociais*”.

O relato oral fornece evidência de como as coisas acontecem, como algo pode ir além do que os números podem apontar. No entanto, são conhecidas as críticas à confiabilidade das fontes orais, a tendência de ocultar alguns fatos e enaltecer a outros. A falta de interesse

pessoal por dado acontecimento também afeta significativamente nos relatos. Estas falas são, em geral, mais falíveis em relação à descrição de acontecimentos, mas válidas para transmitir valores e representações. Muitos acontecimentos podem ser distorcidos na elaboração de uma versão socialmente aceitável, a partir da própria relação entre os sujeitos envolvidos no estudo. O pesquisador precisa estar atento a tais valores e crenças, que podem alterar substancialmente os fatos que lhe vão ser relatados.

Embora existam limitações de toda ordem, e a presença de viés apareça em diversos níveis, entende-se que o reconhecimento destas é mais importante do que retirá-las da pesquisa, o que, dadas às condições objetivas, não seria possível. Plummer, citado por Thompson (1992, p.158), destaca que “*expurgar a pesquisa de todas essas ‘fontes de viés’ significa expurgar a pesquisa da vida humana*”. Assim, mais do que retirar as fontes de viés, deve-se pretender revelá-las.

4 RESULTADOS

*Um trem-de-ferro é uma coisa mecânica,
mas atravessa a noite, a madrugada, o dia,
atravessou minha vida,
virou só sentimento
Adélia Prado*

Os resultados deste estudo são apresentados em duas partes principais. Na primeira são apresentados os resultados da análise estatística. Na segunda parte é apresentada a análise dos depoimentos das idosas, visando o aprofundamento das questões de estudo.

4.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística dos resultados desta pesquisa foi apresentada em tópicos, na seguinte seqüência: 1) Caracterização Geral das Participantes; 2) Auto-avaliação da saúde, atividade física e lazer; 3) Capacidade cognitiva, desempenho cognitivo e estresse percebido das idosas; 4) Aspectos neuropsicológicos das idosas, prática de atividade física e nível de atividade intelectual.

4.1.1 Caracterização Geral das Participantes

A média de idade das participantes foi de 69 anos ($s=6,27$), variando de 60 a 87 anos. A maior parte das participantes é viúva e vive de pensão. A maioria das idosas é de classe econômica C e D e possui como escolaridade o primário incompleto ou completo. Ao agrupar as classes econômicas, verificou-se que 48% das idosas pertencem à classe A e B (alta) e 52%

são de classe C, D e E (baixa). A mediana da renda mensal familiar foi de 1.700,00 reais. Observou-se que a maioria das idosas tinha outra ocupação além de cuidar da casa (n=54/ 67,5%), enquanto 26 (32,5%) participantes indicaram ser donas de casa. As ocupações das idosas, bem como os demais dados sócio-demográficos podem ser observados na tabela 2 (página 64).

Grande parte das idosas indicou que a sua situação econômica atual em relação a quando tinha 50 anos está melhor (n=32/ 40%) ou igual (n=22/ 27,5%), enquanto 26 idosas (32,5%) indicaram que a sua situação econômica piorou.

A maioria das participantes indicou que a sua renda mensal é suficiente para custear as suas necessidades básicas, onde 33 (41,3%) idosas apontaram que a sua renda “dá na conta certa” e 25 (31,3%) disseram que sobra dinheiro. No entanto, 23 (27,6%) idosas relataram que a sua renda mensal é insuficiente para custear as necessidades básicas. Ao comparar as médias da renda mensal em função desta classificação (kruskal-wallis), foi verificado que as idosas que indicaram sobrar dinheiro tiveram renda mensal superior (média=4.102,00/ s=3.373,87) em relação às que indicaram que “dá na conta certa” (média=2.471,21/ s=3.387,87) e “sempre falta um pouco” (média=1.544,74/ s=1.189,84). As idosas com a menor renda mensal foram as que indicaram sempre faltar muito dinheiro para custear as necessidades básicas (média=500/ s=173,20). Estas diferenças foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$), apesar da alta variação das rendas nos grupos. Estes resultados indicam que há coerência entre os níveis econômicos objetivos e subjetivos.

Em relação à moradia, 45 idosas residem em casa (56,3%) e 35 (43,7%) moram em apartamento. A maioria das idosas considera a sua residência ótima (n=50/ 62,5%) ou boa (n=23/ 28,8%), enquanto apenas 7 (8,7%) a avaliam como regular ou ruim.

Das 80 idosas, apenas 4 (5%) cuidam de alguém doente em casa. A maioria das idosas relatou ter um ótimo (n=60/ 75%) ou bom (n=15/ 18,8%) relacionamento com os familiares, enquanto apenas 5 participantes (6,3%) relataram ter um regular ou péssimo relacionamento com os familiares.

4.1.2 Auto-avaliação da saúde, atividade física e lazer

Em geral, as participantes têm uma auto-avaliação positiva da saúde, pois grande parte das idosas acredita ter boa (n=30/ 37,5%) ou excelente saúde (n=13/ 16,3%). Entretanto, 31 (38,8%) idosas avaliam sua saúde como regular e 6 (7,4%) como ruim ou péssima.

A maioria das participantes relatou ter mais de um problema de saúde (n=68/ 85%), enquanto que 12 (15%) indicaram não apresentar nenhum destes problemas. A média de doenças relatadas pelas idosas foi de 2,3 (s=1,13/ mediana=2).

Tabela 4. Freqüência de ocorrência de doenças nas idosas.

Doenças	Sim	%	Não	%	Total
Hipertensão arterial	44	55	36	45	
Problemas na coluna	16	20	64	80	
Colesterol	16	20	64	80	
Tireóide	13	16,3	67	83,8	
Diabetes	10	12,5	70	87,5	
Artrite/ artrose	10	12,5	70	87,5	
Labirintite	9	11,3	71	88,8	
Problema cardíaco	8	10	72	90	80 (100%)
Osteoporose	7	8,8	73	91,3	
Triglicérides	5	6,3	75	93,8	
Fibromialgia	3	3,8	77	96,3	
Gastrite	2	2,5	78	97,5	
Visão	2	2,5	78	97,5	
Edema Pulmonar	1	1,3	79	98,8	
Câncer	1	1,3	79	98,8	

A doença mais freqüente nas idosas foi a hipertensão arterial (tabela 4). Foi verificado que quanto melhor a auto-avaliação da saúde das participantes, menor a média de doenças relatadas, sendo estas diferenças estatisticamente significativas (F=4,652/ p=0,002). Isto indica que a avaliação de saúde das idosas pode estar vinculada à ocorrência de doenças.

A média de medicamentos utilizados regularmente foi de 2 (s=1,86/ mediana=2). Verificou-se que quanto mais medicamentos as idosas utilizam, pior a auto-avaliação da saúde (F=6,336/ p<0,001). Estes resultados demonstram que as idosas auto-avaliam a sua saúde de acordo com o número de doenças apresentadas e medicamentos utilizados regularmente.

Em relação à reposição hormonal, a maioria das idosas nunca fez (n=57/ 71,3%), enquanto 23 (28,8%) participantes relataram fazerem ou terem feito reposição hormonal por um tempo médio de 7,95 anos (s=5,038), variando de 1 a 20 anos. A maioria das idosas

indicou não fumar e nunca ter sido fumante (n=62/ 77,5%), 16 (20%) pararam de fumar e apenas duas (2,5%) fumam diariamente. A média do tempo que as idosas pararam de fumar é de 18,06 anos (s= 9,272).

A maioria das idosas relatou nunca consumir bebidas alcoólicas (n=56/ 70%), 16 (20%) indicaram utilizá-las até 3 vezes por semana ou de 4 a 6 vezes por semana (n=2/ 2,5%) e 6 (7,5%) participantes declararam tomar doses pequenas diariamente.

A maioria das idosas tem pouca ou nenhuma dificuldade para dormir (n=45/ 56,3%), enquanto as demais participantes apontaram ter média (n=20/ 20,8%), muita (n=8/ 10%) ou excessiva (n=7/ 8,8%) dificuldade para dormir. Das idosas, a maioria nunca toma remédios para dormir (n=63/ 78,8%), 9 (11,3%) indicaram utilizá-los “às vezes”, enquanto 8 (10%) participantes relataram utilizar estes medicamentos frequentemente.

O índice de sonolência diurna médio das participantes foi de 3,89 (s=3,18), variando de 0 a 10. Todas as participantes apresentaram níveis de sonolência abaixo de 10, o que indica que nenhuma participante sofre de sonolência diurna excessiva.

Em relação à depressão, a maioria afirmou nunca ter recebido diagnóstico médico do transtorno (n=51/ 63,8%), enquanto 29 (36,3%) afirmaram terem recebido este diagnóstico em algum momento da vida. O tempo de diagnóstico variou de um mês a 35 anos, sendo na média de 10,62 anos (s=9,46/ mediana= 7 anos). Destas 29 idosas, 20 (69%) utilizaram tratamento farmacológico, sendo que o medicamento mais apontado foi a fluxetina (n=6/ 21%), no entanto, 8 participantes (27,6%) que realizaram tratamento medicamentoso não sabiam o nome do remédio utilizado. Entre as idosas que receberam diagnóstico de depressão, 8 (27,6%) ainda apresentam o transtorno e tomam medicamento anti-depressivo, 10 (34,5%) estão curadas e 11 (37,9%) têm crises ocasionalmente.

Analisando caso a caso considerando o período de início da depressão, conforme o realizado por Basso e Bornstein (1999), verificou-se que 8 (10%) idosas tiveram o primeiro episódio após os 60 anos, 8 (10%) apresentaram depressão recorrente e 13 (16,3%) estiveram deprimidas mas não sofrem mais do transtorno. A média do nível de depressão das idosas, mensurado através da GDS, foi de 2,15 (s=2,45), no entanto, a mediana foi 1, e os escores variaram de 0 a 13, o que indica ampla variação nos níveis de depressão das participantes. Para verificar se as médias na GDS são coerentes com o diagnóstico clínico, foram comparadas as médias de depressão entre as idosas com diferentes diagnósticos (tabela 5).

Tabela 5. Nível de depressão das idosas em relação ao diagnóstico de depressão

Diagnóstico	Média	Desvio-Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Nunca teve depressão	1,37	1,505	1,00	0	5
Teve depressão no passado	2,00	1,91	2,00	0	6
Primeiro episódio de depressão	4,25	4,27	3,50	0	13
Depressão recorrente	5,25	2,55	5,00	2	8
Ainda tem depressão	5,50	3,82	5,50	1	13
Tem crises ocasionalmente	3,55	2,84	3,00	0	8
Não tem mais depressão	1,90	1,97	0	0	6

Pode-se observar que as médias na GDS são coerentes com o diagnóstico clínico, pois o nível de depressão das idosas com depressão é superior ao daquelas que não apresentam o transtorno. No entanto, estas diferenças não foram estatisticamente significativas (kruskal-wallis). Foram verificados escores de 0 em participantes que apresentam quadros clínicos de depressão. Observou-se pelos valores máximos e mínimos que algumas idosas que apresentam o diagnóstico clínico de depressão não apresentam escores altos na GDS, e que, algumas idosas que dizem não ter depressão apresentaram escores de 6 na GDS, indicando a ocorrência do transtorno.

Em geral, a auto-avaliação da memória das idosas é positiva, pois a maioria delas acredita ter memória boa (n=41/ 51,3%) ou regular (n=27/ 33,8%) e 4 (5%) a avaliaram como excelente. Apenas 8 (9,9%) idosas avaliaram sua memória como ruim ou péssima. Quando questionadas sobre como está a memória atual em relação a dez anos atrás, grande parte das idosas relatou estar igual (n=35/ 43,8%) ou pior (n=31/ 38,8%), 9 (12,5%) participantes acreditam que a sua memória está muito pior. Apenas 5 (6,3%) participantes indicaram ter melhorado a memória.

Em relação à frequência de esquecimentos, a maioria das idosas indicou esquecer “poucas vezes” (n=24/ 30%) e “às vezes” (n=23/ 28,8%), enquanto 16 (20%) afirmaram nunca ter esquecimentos. Dezesete idosas (21,3%) relataram ter esquecimentos quase sempre ou sempre (n=2/ 2,5%). A maioria das idosas acredita que pode melhorar sua memória (n=59/ 73,8%), 10 (12,5%) relataram não acreditar nisto e 11 (13,8%) não souberam responder a esta questão.

A auto-avaliação da capacidade de solucionar problemas foi positiva por parte das idosas, pois a maioria das participantes indicou ter boa (n=42/ 52,5%) ou muito boa (n=17/ 21,3%) capacidade de solucionar problemas. Dezenove (23,8%) participantes avaliaram esta capacidade como regular. Apenas 2 (2,5%) participantes indicaram ter péssima capacidade de solucionar problemas.

Ao correlacionar estas auto-avaliações da memória e da capacidade de solucionar problemas com a classe econômica, renda mensal e idade, foi verificado que quanto mais baixa a classe econômica, pior a auto-avaliação da memória ($r=0,328/ p=0,003$) e da capacidade de solucionar problemas ($r=0,254/ p=0,023$). Observou-se que quanto maior a renda mensal, melhor a auto-avaliação da memória ($r=0,275/ p=0,014$) e da capacidade de solucionar problemas ($r=0,260/ p=0,020$). Além disto, foi verificado que quanto maior a escolaridade melhor a auto-avaliação da capacidade de solucionar problemas ($r=0,331/ p=0,003$). A correlação mais significativa da capacidade de solucionar problemas foi com o nível de atividade intelectual ($r=0,350/ p=0,001$).

Em relação à auto-avaliação do estilo de vida relacionado à atividade física, a maioria das idosas se considerou ativa ($n=70/ 87,5\%$), enquanto 8 (10%) afirmaram serem sedentárias e 2 (2,5%) não souberam responder.

Verificou-se que a maioria das idosas é praticante de atividade física regular ($n=42/ 52,5\%$), 25 (31,3%) são intermediárias e 13 (16,3%) participantes não praticam atividade física. Foi verificado que todas as idosas que faziam tarefas que exigiam esforço físico três ou mais vezes por semana são praticantes de atividade física regular. Por este motivo, não houve necessidade de separar a categoria trabalho pesado, pois nenhuma não praticante relatou fazê-los três ou mais vezes por semana. Na tabela 6 podem ser observadas a duração e a frequência das sessões de atividade física, bem como a média de tempo destas práticas.

Tabela 6. Duração total e frequência da prática de atividade física semanal das idosas não praticantes, intermediárias e praticantes de atividade física regular

<i>Prática Regular de Atividade Física</i>			
	Praticantes N = 42	Intermediárias N = 25	Não praticantes N = 13
<i>Frequência Semanal (dias)</i>			
Média	4,60	2,40	0,62
Desvio Padrão	1,41	0,76	0,91
Mediana	4,5	2	0
Mínimo	3	2	0
Máximo	7	4	2
<i>Duração Semanal (minutos)</i>			
Média	290,36	133,4	23,85
Desvio-Padrão	105,63	57,67	40
Mediana	300	120	0
Mínimo	180	90	0
Máximo	720	300	100

Ao comparar estas médias entre os grupos praticantes, intermediárias e não praticantes de atividade física, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas para a frequência semanal ($F=66,189/ p<0,001$) e para o total de minutos em uma semana ($F=59,220/ p<0,001$).

Tabela 7. Atividades Físicas praticadas pelas idosas

Atividade Física	Frequência	Percentual
Caminhada	40	50%
Ginástica	40	50%
Natação/Hidroginástica	18	22,5%
Dança	7	8,75%
Yoga/Tai-chi-chuan	2	2,5%
Musculação	2	2,5%
Exercício Personalizado	1	1,25%

As modalidades de atividade física mais praticadas pelas idosas são a caminhada e a ginástica, seguidas pela natação ou hidroginástica e dança (tabela 7). Grande parte das idosas pratica mais de um tipo de atividade física, sendo a combinação entre caminhada e ginástica a mais praticada. A ginástica referida pelas participantes é específica para idosos. Apenas 3 idosas relataram fazer atividade física intensa, destas, duas indicaram sambar e uma indicou correr. Estas 3 participantes praticam um volume alto de atividade física moderada, sendo incluídas no grupo de praticantes de atividade física.

Em relação à realização de tarefas que exijam esforço físico, 24 (30%) idosas indicaram realizar estas tarefas, sendo que destas a maioria realiza este esforço físico uma ($n=10/ 41,7\%$) ou duas ($n=5/ 20,8\%$) vezes por semana. A duração aproximada de cada sessão variou de 30 a 360 minutos, sendo que a média foi de 130 minutos ($s=74,015$) e a mediana de 120 minutos. No total de uma semana, a duração média destas tarefas foi de 277,20 minutos ($s=100,75/ mediana= 225$ minutos), variando de 60 a 900 minutos por semana. A tarefa indicada pela maioria das idosas foi a faxina ($n=19$), enquanto 3 afirmaram fazer jardinagem, uma indicou fazer massagem e outra falou que fica andando durante o trabalho voluntário.

A maioria das idosas indicou gostar de praticar atividade física ($n=60/75\%$). Apenas uma participante indicou não gostar de praticar atividade física (tabela 8).

Tabela 8. Relação entre gostar e praticar atividade física

	Detesta	Não gosta	Gosta	Gosta muito	Gosta totalmente	Total
Praticantes	0 (0%)	2 (4,8%)	11 (26,2%)	19 (45,2%)	10 (23,8%)	42 (100%)
Intermediárias	0 (0%)	2 (8%)	5 (20%)	14 (56%)	4 (16%)	25 (100%)
Não Praticantes	1 (7,7%)	0 (0%)	4 (30,8%)	7 (53,8%)	1 (7,7%)	13 (100%)
Total	1 (2,1%)	4 (8,3%)	20 (25%)	40 (50%)	15 (18,8%)	80 (100%)

Não foi verificada relação entre gostar e praticar atividade física (qui-quadrado). Pode-se observar que a maioria das não praticantes indicou gostar muito de fazer atividade física. Estes dados indicam que existem outros motivos que levam as idosas a praticar ou não atividade física do que o “gostar”. Entre estes motivos, destaca-se a melhora da saúde e recomendação médica, citado pela maioria das idosas (n=42/ 52,5%) como o principal motivo para praticar atividade física. Vinte e nove idosas (36,3%) indicaram praticar atividade física porque gostam e apenas uma participante indicou a socialização como o principal motivo para a prática.

Entre as nove participantes que indicaram não praticar nenhum tipo de atividade física, a maioria (n=5) indicou não praticar por proibição médica, uma relatou não gostar de atividade física e outra afirmou ter preguiça. Duas participantes disseram que não faziam atividade física por falta de condições adequadas e tempo, pois estas duas ainda trabalham.

Ao analisar o histórico de atividade física, observou-se que 33 (41,3%) idosas eram não praticantes de atividade física regular, 23 (28,8%) faziam trabalho que exigia esforço físico, enquanto 24 (30%) realizavam atividade física regular.

Tabela 9. Relação entre o histórico de atividade física e a prática regular de atividade física.

<i>Atividade física atual</i>	<i>Histórico de Atividade Física</i>		
	Não Praticantes	Praticantes	Trabalho Pesado
Não Praticantes	6 (18,2%)	4 (16,7%)	3 (13%)
Intermediárias	9 (27,3%)	7 (29,2%)	9 (39,1%)
Praticantes	18 (54,5%)	13 (54,2%)	11 (47,8%)
Total	n=33 (100%)	n=24 (100%)	n=23 (100%)

Não foi verificada relação significativa entre o histórico e a prática regular de atividade física (tabela 9). Este resultado sugere que houve uma mudança em relação à prática de atividade física, pois no histórico de atividade física, se verificou que a maioria não praticava atividade física ou trabalhava pesado e que na atividade física atual, a maioria das idosas pratica atividade física regularmente. Pode-se observar uma mudança de prática de

atividade física, o que aumenta a importância de considerar o histórico de atividade física, pois, ao que foi verificado até agora, a prática de atividade física atual não reflete o histórico de atividade física.

Não foi verificada relação entre classe econômica e prática de atividade física atual, assim como não foram encontradas diferenças na renda mensal das praticantes, intermediárias e não praticantes de atividade física, sugerindo que a prática de atividade física das idosas é independente da situação financeira.

Ao comparar as diferenças na renda mensal das idosas em relação ao *histórico* de atividade física, foi verificado que as idosas praticantes de atividade física no passado apresentaram renda mensal familiar média superior (média=3.810 reais) à das não praticantes (média=2.583 reais) e das que trabalhavam pesado (média=1.663 reais). Estas diferenças foram estatisticamente significativas ($p=0,042$). Isto indica que embora a prática atual de atividade física não esteja associada a fatores econômicos, o histórico de atividade física está.

Tabela 10. Relação entre o histórico de atividade física e classe econômica das idosas

<i>Histórico de Atividade Física</i>	<i>Classe Econômica</i>				Total
	A2 e B1	B2	C	D e E	
Trabalho Pesado	2 (10%)	7 (36,8%)	7 (23,3%)	7 (63,6%)	23 (28,8%)
Não Praticantes	7 (35%)	8 (42,1%)	15 (50%)	3 (27,3%)	33 (41,3%)
Praticantes	11 (55%)	4 (21,7%)	8 (26,7%)	1 (9,1%)	24 (30%)
Total	20 (100%)	19 (100%)	30 (100%)	11 (100%)	80 (100%)

Observou-se que a maioria das idosas de classe econômica A2 e B1 era praticante de atividade física regular, enquanto que na classe B2 e C eram não praticantes e nas classes D e E a maioria realizava trabalho pesado (tabela 10). Foi verificado que esta relação é estatisticamente significativa ($X^2=15,500/ p=0,017$).

Foram comparadas as médias de doenças relatadas e medicamentos utilizados regularmente pelas idosas em relação ao histórico de atividade física e à prática de atividade física (tabela 11).

Tabela 11. Média de doenças relatadas e medicamentos utilizados regularmente pelas idosas

	<i>Doenças relatadas</i>		<i>Medicamentos utilizados</i>	
	Média	S	Média	s
<i>Atividade Física Atual</i>				
Praticantes	2,02	1,28	1,79	1,59
Intermediárias	2,04	1,74	1,64	1,75
Não Praticantes	2,69	1,44	3,08	2,53
<i>Histórico de Atividade Física</i>				
Não Praticantes	2,15	1,73	1,58	1,61
Praticantes	2,50	1,32	2,92*	2,38
Trabalho Pesado	1,74	1,10	1,48	1,16

* Diferença estatisticamente significativa ao nível de $p < 0,05$ (Kruskal-Wallis)

Observou-se que não houve associação entre prática regular de atividade física e a média de doenças relatadas e medicamentos utilizados regularmente pelas idosas. A única diferença verificada foi em relação ao número de medicamentos utilizados pelas idosas que foram praticantes de atividade física no passado ($p=0,023$). Ao comparar as médias individualmente, foi verificado que a média de medicamentos utilizados pelas idosas que foram praticantes de atividade física no passado foi significativamente mais alta do que a das não praticantes ($p=0,015$) e das que trabalhavam pesado ($p=0,020$). No entanto, em relação à média de doenças apresentadas, não foi verificada diferença entre as idosas que praticavam, não praticavam atividade física e que trabalhavam pesado. Verificou-se que a média de medicamentos utilizados pelas idosas que praticavam atividade física é superior à de doenças relatadas, enquanto que para as idosas que não praticavam atividade física e que trabalhavam pesado, foi constatado que a média de medicamentos utilizados é inferior à média de doenças apresentadas.

Em relação ao histórico de lazer, as atividades indicadas pelas idosas foram: realizar trabalhos manuais ($n=19/ 23,8\%$), passear/viajar ($n=15/ 18,8\%$), atividades culturais como cinema e teatro ($n=10/ 12,5\%$), assistir televisão ($n=4/ 5\%$), dançar ($n=3/ 3,8\%$), sair com os amigos ($n=2/ 2,5\%$), jogar ($n=2/ 2,5\%$), realizar trabalho voluntário ($n=2/ 2,5\%$) e ouvir música ($n=1/ 1,3\%$). Das idosas, 19 (23,8%) afirmaram que não tinham atividades de lazer, especialmente devido à falta de tempo e dedicação ao marido ou família. Estas foram as principais atividades de lazer, mas cada idosa citava quantas atividades tinha, assim, a média de atividades de lazer no passado foi de 1,64 ($s=1,25$).

A maioria das idosas (n=50/ 62,5%) relatou realizar alguma leitura no passado, enquanto 30 (37,5%) afirmaram não ter tido tais hábitos. Entre os tipos de leitura que as idosas costumavam realizar, foram citados os romances (n=10), jornais e revistas (n=7), a Bíblia (n=3), romances espíritas (n=3), e 1 indicou ler apenas livros técnicos. Vinte e seis idosas (32,5%) indicaram ler de tudo, incluindo jornais, livros (de todos os tipos) e revistas, diariamente.

Entre as principais atividades de lazer atuais indicadas pelas idosas estão: trabalhos manuais (n=26/ 32,5%), assistir televisão (n=10/ 12,5%), passear/viajar (n=9/ 11,3%), participar das atividades do grupo de convivência (n=6/ 7,5%), dançar (n=4/ 5%), participar da missa e de atividades religiosas (n=3/ 3,8%), cuidar de plantas/animais (n=3/ 3,8%), jogar (n=3/ 3,8%), cozinhar (n=2/ 2,5%), arrumar a casa (n=2/ 2,5%), realizar trabalho voluntário (n=1/ 1,25%), escrever poesias (n=1), ouvir música (n=1), pintar (n=1) e ir ao cinema e teatro (n=1). Apenas duas participantes indicaram não ter nenhuma atividade de lazer (n=2). A média de atividades de lazer atual foi de 2,48 (s=1,32).

Ao comparar a média de atividades de lazer no passado com a média de atividades de lazer atuais (teste de Wilcoxon), foi verificado que o número de atividades de lazer aumentou em relação ao passado ($Z = -4,718 / p < 0,001$). O número de atividades de lazer atual e no passado foi diferente entre as idosas de classe econômica alta (A2, B1 e B2) e baixa (C, D e E). As idosas de classe econômica alta têm um número maior de atividades de lazer (média= 2,92/ s=1,34) do que as idosas de classe econômica baixa (média=2,05/ s=1,12). Estas diferenças foram estatisticamente significativas ($t = 3,169 / p = 0,002$). No entanto, a diferença no número de atividades de lazer entre as classes foi ainda maior em relação ao passado ($t = 4,374 / p < 0,001$), sendo que as idosas de classe econômica alta apresentaram uma média de atividades de lazer no passado maior (média=2,21/ s=1,23) do que as participantes mais pobres (média=1,10/ s=1,02).

A maioria das idosas afirmou realizar leituras (n= 51/ 63,8%), enquanto 19 (23,8%) indicaram nunca ler e 13 (12,5%) relataram realizar leituras esporadicamente. Entre os tipos de leituras realizadas atualmente pelas idosas estão os livros religiosos (n=11/ 13,8%), jornais e revistas (n=9/ 11,3%), romances espíritas (n=7/ 8,8%), literatura (n=6/ 7,5%) e livros de auto-ajuda (n=6/ 7,5%). Vinte e duas participantes (27,5%) indicaram ler de tudo, incluindo jornais, revistas e livros variados. Das idosas que realizam leituras, 31 (60,8%) as fazem diariamente, 20 (39,2%) costumam ler até 3 vezes por semana, enquanto 10 (19,6%) indicaram a frequência de 4 a 6 vezes na semana.

A maioria das idosas (n=43/ 53,8%) não costuma jogar ou fazer atividades como palavra-cruzada, quebra-cabeça, dominó, entre outras, enquanto 30 (37,5%) participantes relataram fazer estas atividades mais de 3 vezes por semana. Sete participantes (8,8%) afirmaram jogar ou fazer estas atividades apenas esporadicamente.

Em relação ao nível de atividade intelectual (APÊNDICE 2), verificou-se que o escore médio das participantes foi de 14,18 (s=9,104), variando de 0 a 33. Observou-se que a grande parte das participantes apresentou um baixo nível de atividade intelectual (n=36/ 45%), 25 (31,3%) médio e 19 (23,8%) demonstraram um alto nível de atividade intelectual.

Para verificar se o nível de atividade intelectual está associado com a classe econômica, foram comparadas as médias de atividade intelectual (ANOVA) entre as classes econômicas (tabela 12).

Tabela 12. Classe Econômica e média do nível de atividade intelectual das idosas

<i>Classe Econômica</i>	<i>Média de Atividade Intelectual</i>		
	N	Média	Desvio-Padrão
A2 e B1	20	20,25	9,199
B2	19	17,32	9,69
C	30	11,23	5,66
D e E	11	5,73	5,31
ANOVA		F=10,304	p<0,001

Observou-se que quanto mais alta a classe econômica, maior a atividade intelectual. As análises de post-hoc revelaram que todos os grupos se diferenciam significativamente, com exceção dos grupos “A2 e B1” e B2. Mas estes dois grupos se diferenciam significativamente do C (p=0,002) e do “D e E” (p=0,003).

Para verificar se o nível de atividade intelectual está associado à prática de atividade física e com o histórico de atividade física, foram comparadas as médias de atividade intelectual das idosas em relação a estas variáveis (tabela 13).

Tabela 13. Média de atividade intelectual das idosas em relação à prática de atividade física e ao histórico de atividade física

	<i>Histórico de Atividade Física*</i>			<i>Prática de Atividade Física Atual</i>		
	Trabalho Pesado	Não Praticantes	Praticantes	Não Praticantes	Intermediárias	Praticantes
Média	10,96	13,18	18,63	16,54	14,76	13,10
s	6,98	8,63	10,09	9,59	10,04	8,40
ANOVA	F= 4,951 / p= 0,009			F= 0,781 / p= 0,462		

* Diferença estatisticamente significativa ao nível de p<0,05 (bi-caudal).

Pode-se verificar que o nível de atividade intelectual das idosas que foram praticantes de atividade física é significativamente superior ao das que trabalhavam pesado ($p=0,013$) e daquelas que não praticavam atividade física ($p=0,041$).

Em relação à fé e à espiritualidade, a maioria das idosas crê muito ($n=17/ 21,3\%$) ou totalmente ($n=61/ 76,3\%$) na existência de um Deus ou de um ser superior, enquanto apenas duas idosas disseram não acreditar em um Deus, nem ser superior, e sim na natureza, em uma forma de energia natural. A maioria das idosas relatou realizar orações sempre ($n=57/ 71,3\%$) ou quase sempre ($n=20/ 25\%$), enquanto duas relataram não fazer orações, mas sim, meditações e visualizações diárias. Apenas uma participante disse que nunca faz orações.

Das idosas, 64 (80%) crêem totalmente que a fé em Deus ou em um ser superior auxilia na vida, 13 (16,3%) indicaram crer muito (ter poucas dúvidas), uma relatou crer moderado (tem dúvidas), uma crê pouco (tem muitas dúvidas) e uma disse que não acreditava nisto de forma nenhuma. Quando questionadas sobre se a vida tem sentido, a maioria das idosas respondeu que sim ($n=74/ 92,5\%$), a vida tem sentido para elas. No entanto, 3 (3,8%) idosas disseram não ver sentido na vida e 2 (2,5%) nunca pensam nisto. Uma participante relatou que não sabe se a vida tinha sentido, mas que pensava sempre sobre isto.

4.1.3 Capacidade Cognitiva e Desempenho Cognitivo

Os resultados da capacidade cognitiva, mensurada pelo Mini-Exame do Estado Mental, demonstrou que todas as idosas tinham condições cognitivas de participar do estudo. O escore médio das idosas no mini-mental foi de 26,5 ($s=2,57$), variando de 20 a 30.

Considerando os resultados do estudo piloto, optou-se por utilizar nas análises apenas os resultados da segunda aplicação da bateria de avaliação cognitiva. Assim, são apresentados os valores em escala logarítmica para a velocidade de resposta e em percentual para a acurácia (*hit – rate*). Os resultados gerais da bateria foram analisados utilizando: os tempos de resposta e a variabilidade individual em milissegundos (ms) e em base logarítmica; a acurácia em percentual e o número de erros (tabela 14).

Tabela 14. Desempenho cognitivo das idosas nas tarefas de tempo de reação simples (TRS), tempo de reação de escolha (TRE) e atenção concentrada (atenção) da bateria cognitiva *CogState*

<i>Variáveis</i>	<i>Tarefas</i>		TRS		TRE		Atenção	
	Média	s	Média	s	Média	s	Média	S
Tempo de Resposta (ms)	407,41	132,12	635,42	148,75	720,98	226,19		
Variabilidade Individual	136,63	122,54	162,04	83,94	469,05	248,40		
Acurácia (%)	95,1834	7,816	93,4520	6,052	88,1315	11,897		
Tempo de Resposta (log)	2,5716	0,11306	2,7804	0,0812	2,7608	0,1281		
Variabilidade Individual (log)	*	*	0,1002	*	0,2663	*		
Número de Erros	1,85	3,21	2,25	2,32	6,156	2,455		

*Valor inferior ao mínimo apresentado no SPSS.

Pode-se observar que quanto maior o nível de dificuldade da tarefa, maior o tempo de resposta e maior a variabilidade individual. O número de erros também foi maior para as tarefas mais difíceis (TRE e atenção). O mesmo pode ser observado nas tarefas de memória de trabalho (MT) e memória de curto prazo (MCP) (tabela 15).

Tabela 15. Desempenho cognitivo geral das idosas nas tarefas de memória de trabalho (MT) e memória de curto prazo (MCP) da bateria cognitiva *CogState*

<i>Variáveis</i>	<i>Tarefas</i>		<i>Memória de Trabalho</i>		<i>Memória de Curto Prazo</i>	
	Média	s	Média	s	Média	S
Tempo de Resposta (ms)	1061,92	331,049	1601,76	598,83		
Variabilidade Individual	470,344	219,306	1004,47	632,16		
Acurácia (%)	78,9984	18,014	65,1797	10,081		
Tempo de Resposta (log)	2,9708	0,1238	3,1189	0,1475		
Variabilidade Individual (log)	0,1672	*	0,2071	0,0653		
Número de Erros	9,774	9,64	14,76	4,493		

*Valor inferior ao mínimo apresentado no SPSS.

Observou-se que o desempenho das idosas na tarefa de memória de curto prazo apresentou maior variabilidade e maior número de erros do que na tarefa de memória de trabalho. Os valores utilizados para as análises e comparações foram os tempos de resposta normalizados com logaritmo de base 10. Todas as variáveis do desempenho cognitivo apresentaram valores de assimetria e curtose menores que 1, indicando distribuição normal, com exceção da variabilidade individual na tarefa de memória de curto prazo e do número de erros e variabilidade individual do tempo de reação simples.

4.1.4 Estresse Percebido

Os autores da escala de estresse percebido (COHEN et al., 1983) sugerem que sejam consideradas algumas questões centrais para análise dos resultados da escala: felicidade, irritação e ocorrência de problemas emocionais.

A maioria das idosas relatou que se sentia feliz ($n=63/78,8\%$) nos dias atuais, 15 (18,8%) afirmaram estar “mais ou menos” felizes, enquanto apenas 2 (2,5%) indicaram não estarem felizes.

No mês da entrevista, a maioria das idosas indicou não estar mais irritada do que o normal ($n=57/71,3\%$), enquanto 23 (28,8%) afirmaram estarem mais irritadas. A maioria das idosas indicou ter passado por algum problema emocional que ainda a deixa triste ($n=44/55\%$), enquanto 36 (45%) relataram que não passaram por este tipo de problema.

A média das idosas na “Escala de Estresse Percebido” foi de 19,11 ($s=8,262/$ mediana= 18,00), variando de 2 a 37. Embora os resultados tenham uma variação alta, a distribuição do estresse percebido foi normal, dados os valores de assimetria (0,25) e curtose (-0,46). Estes valores de curva indicam que existe uma pequena assimetria positiva, porém não grande o suficiente para ser significativa.

Ao comparar o nível de estresse percebido em relação ao sentimento de felicidade das idosas, foi verificado que aquelas que relataram estar felizes estavam menos estressadas (média=17,35/ $s=7,644$) do que as que indicaram estar “mais ou menos” felizes (média=25,27/ $s=7,294$) ou não estar felizes (média=28,50/ $s=9,192$). Estas diferenças foram estatisticamente significativas ($F=8,131/ p=0,001$).

As idosas que indicaram estarem “mais irritadas que o normal” apresentaram maior nível de estresse percebido (média=24,17/ $s=7,608$) do que as que não o indicaram (média=17,07/ $s=7,667$). Esta diferença foi significativa ($t=3,759/ p<0,001$).

As idosas que passaram por problemas emocionais apresentaram maior estresse percebido (média=22,89/ $s=7,418$) do que as que não relataram tais problemas (média=14,50/ $s=6,831$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t=5,211/ p<0,001$). Entre estas três questões analisadas (felicidade, irritação e problemas emocionais), a ocorrência de problemas emocionais foi a que mais influenciou no nível de estresse. Desta forma, ao comparar o nível de estresse percebido das idosas em relação à prática de atividade física, esta variável teve que ser considerada.

4.1.4.1 Relação entre estresse percebido, depressão e desempenho cognitivo

Para verificar a relação entre o nível de depressão, estresse percebido, capacidade cognitiva e o desempenho cognitivo na bateria de avaliação cognitiva, utilizou-se correlação linear de Pearson (dados paramétricos) e Spearman (para as correlações com a depressão) (tabela 16).

Tabela 16. Correlação entre depressão, estresse percebido e capacidade cognitiva das idosas

		Capacidade Cognitiva	Depressão (GDS)	Estresse Percebido
Capacidade Cognitiva	r	1	-0,310*	-0,415*
	p	-	0,005	<0,001
Estresse Percebido	r	-0,415*	0,561*	1
	p	<0,001	<0,001	-

* A correlação é significativa ao nível de $p < 0,01$ (bi-caudal)

Verificou-se que a capacidade cognitiva geral está significativamente correlacionada com a depressão e com o estresse percebido. O valor da correlação indicou que a cognição geral compartilha 10% da variância com a depressão e 18% da variância com o estresse percebido. A relação entre estresse percebido e depressão foi moderada, indicando que embora estejam correlacionados, estes constituem dois construtos independentes.

Em relação ao desempenho cognitivo, foi analisada a correlação entre a velocidade comportamental (em todos os testes) com a capacidade cognitiva, o estresse percebido e a depressão (tabela 17).

Tabela 17. Correlação entre capacidade cognitiva, depressão e estresse percebido e tempos de resposta nas tarefas: tempo de reação simples (TRS), tempo de reação de escolha (TRE), memória de trabalho (MT), memória de curto prazo (MCP) e atenção concentrada

	TRS		TRE		TR MT		TR MCP		TR atenção	
	r	p	r	p	r	P	r	p	r	P
Cap. Cognitiva	-,433*	<0,001	-,292*	0,008	,009	0,934	0,119	0,291	-,371*	0,001
Depressão	,089	0,434	,028	0,806	-,143	0,205	-,056	0,622	,099	0,381
Estresse Percebido	,253*	0,023	,171	0,130	,041	0,719	,063	0,579	,120	0,296

* Correlação significativa ao nível de $p < 0,05$ (bi-caudal).

A maior correlação verificada foi entre a capacidade cognitiva geral e tempo de resposta no TR simples, sendo que quanto maior a capacidade cognitiva geral menor o tempo de resposta, indicando que estas variáveis compartilham 19% da variância. A capacidade

cognitiva geral também está correlacionada com menor tempo de resposta na tarefa de atenção e no TR de escolha.

Foram correlacionadas as variáveis: cognição geral, depressão e estresse percebido com a acurácia (percentual de tentativas corretas) nas tarefas da bateria de avaliação cognitiva (tabela 18).

Tabela 18. Correlação entre capacidade cognitiva geral, depressão e estresse percebido com a acurácia nos testes da bateria de avaliação cognitiva

<i>Acurácia</i>	TR simples		TR de escolha		MT		MCP		Atenção	
	R	p	r	p	r	P	r	p	r	p
Cap. Cognitiva	,422*	<0,001	,252	0,024	,591*	<0,001	,445*	<0,001	0,044	0,701
Depressão	,105	0,352	-,238*	0,033	-,190	0,091	-,061	0,590	-,114	0,316
Estresse Percebido	-,060	0,597	-,185	0,100	-,378*	0,002	-,144	0,203	-,202	0,072

* Correlação significativa ao nível de $p < 0,05$ (bi-caudal).

As correlações encontradas demonstram que a capacidade cognitiva está correlacionada com a acurácia na tarefa de memória de trabalho, compartilhando 35% da variância, e com a memória de curto prazo, compartilhando 20% da variância. A depressão foi inversamente correlacionada com a acurácia no TR de escolha, compartilhando 7% da variância, e o estresse percebido teve correlação significativa com a acurácia na memória de trabalho, compartilhando 14% da variância.

Houve correlação entre a variabilidade individual do TR simples e a capacidade cognitiva ($r = -0,478$ / $p < 0,001$) e entre a variabilidade no TR de escolha e a capacidade cognitiva ($r = -0,267$ / $p = 0,017$). Estes resultados indicaram que quanto maior a variabilidade individual do tempo de reação, menor a capacidade cognitiva geral das idosas. Pode-se observar que o coeficiente mais elevado foi na correlação da variabilidade individual com a capacidade cognitiva, e não com o tempo de resposta, indicando que a variabilidade do desempenho pode ser mais importante que a velocidade na capacidade cognitiva.

Com o objetivo de identificar os fatores referentes às características gerais das idosas que podem influenciar nos resultados, foram correlacionadas as variáveis da entrevista de caracterização geral com a depressão, o estresse percebido e a capacidade cognitiva geral. Considerando que são muitas as variáveis da entrevista, optou-se por apresentar apenas as correlações que foram estatisticamente significativas (tabela 19).

Tabela 19. Correlações encontradas entre as características gerais das idosas e os níveis de depressão, estresse percebido e capacidade cognitiva

<i>Variáveis</i>	<i>Depressão</i>		<i>Estresse</i>		<i>Capacidade cognitiva</i>	
	R	p	r	p	r	p
Escolaridade	-	-	-	-	0,414	<0,001
Nível de atividade intelectual	-	-	-	-	0,520	<0,001
Renda Mensal Familiar	-	-	-	-	0,232	0,039
Relacionamento familiar	0,296	0,008	0,413	<0,001	-0,224	0,046
Auto-avaliação da saúde	-0,404	<0,001	-0,517	<0,001	0,255	0,023
Dificuldade para dormir	0,469	<0,001	0,355	0,001	-	-
Auto-avaliação da memória	-0,355	0,001	-0,378	0,001	-	-
Memória em relação a 10 anos atrás	-0,480	<0,001	-0,509	<0,001	0,341	0,002
Capacidade de solucionar problemas	-	-	-0,436	<0,001	0,275	0,014
Frequência de esquecimentos	0,233	0,037	0,259	0,020	-0,363	0,001

Observou-se correlação positiva entre escolaridade e renda mensal individual ($r=0,507/p<0,001$) e renda familiar ($r=0,491/p<0,001$). A correlação mais alta verificada foi entre auto-avaliação da saúde e estresse percebido, variáveis que compartilham 27% da variância. Observou-se que quanto pior a auto-avaliação da memória, maior o nível de estresse e depressão. A auto-avaliação da memória das idosas em relação a dez anos atrás apresentou a maior correlação com a depressão. Estes resultados indicam que as idosas deprimidas tendem a sentir maior “declínio” da memória, ou que as idosas que acreditam estar piorando sua memória estejam mais deprimidas.

A correlação entre depressão e dificuldade para dormir foi maior para a classe baixa (C, D e E) ($r=0,564/p<0,001$) do que para a classe alta (A e B) ($r=0,431/p=0,005$). Além disto, a correlação entre auto-avaliação da saúde e estresse percebido foi maior para as idosas de classe econômica baixa ($r= -0,614/p<0,001$) do que para as de classe econômica alta ($r= -0,366/p=0,022$). Estes resultados demonstram que a auto-avaliação da saúde e o estresse percebido compartilham 38% da variância entre as idosas de classe econômica baixa e 13% entre as idosas de classe econômica alta. Isto indica que quanto pior a auto-avaliação de saúde, maior o nível de estresse percebido, mas que esta correlação é três vezes maior entre a classe econômica baixa.

Para verificar a relação entre o desempenho cognitivo e as características avaliadas na entrevista, foram correlacionadas as médias do TR e da acurácia de desempenho na bateria de avaliação cognitiva (todos os domínios cognitivos avaliados) com as variáveis da entrevista. São apresentadas apenas as correlações estatisticamente significativas (tabela 20).

Tabela 20. Relação entre os tempos de resposta nos testes da bateria de avaliação cognitiva e as variáveis da entrevista

	TRS		TRE		TR MT		TR MCP		TR atenção	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Idade	,306	0,006	-	-	,282	0,011	-	-	,390	<0,001
Escolaridade	-,240	0,032	-	-	-	-	-	-	-	-
Escala de Sonolência	-	-	-	-	-	-	-,289	0,019	-	-
Relacionamento Familiar	-	-	-	-	0,251	0,024	-	-	-	-

Observou-se que quanto maior a idade, mais lento o TR nas tarefas de TR simples, memória de trabalho e atenção concentrada, pois a idade respondeu por 9% da variância no TR simples, por 8% no TR de memória de trabalho (MT) e por 15% no TR de atenção. O nível educacional respondeu por 6% do TR simples, sendo que quanto maior a escolaridade, mais rápido o TR simples. A sonolência diurna e o TR na memória de curto prazo (MCP) dividiram 8% da variância. Quanto melhor o relacionamento com os familiares, melhor a memória de trabalho. Esta correlação provavelmente ocorreu porque o relacionamento familiar está associado ao estresse percebido, pois quando esta correlação foi aplicada considerando o estresse percebido ela deixou de ser significativa.

Assim como foram correlacionadas as variáveis da entrevista e a velocidade na avaliação cognitiva, realizaram-se as mesmas correlações, mas com a *acurácia* nos testes cognitivos (tabela 21).

Tabela 21. Relação entre acurácia nos testes da bateria de avaliação cognitiva e as variáveis da entrevista

	TRS		TRE		MT		MCP		Atenção	
	r	p	r	p	r	P	r	p	r	p
Idade	-	-	-,234	0,037	-,395	<0,001	-	-	-	-
Escolaridade	-	-	,245	0,025	,431	<0,001	,530	<0,001	-	-
Atividade Intelectual	-	-	,302	0,007	,564	<0,001	,543	<0,001	-	-
Renda Familiar	-	-	-	-	,240	0,032	-	-	-	-
Capacidade de Solucionar Problemas	-	-	,331	0,003	-	-	-	-	-	-

Ao realizar as correlações parciais entre a acurácia nos testes de memória de trabalho e idade, não foram encontradas possíveis mudanças nos coeficientes, indicando que

possivelmente a correlação é verdadeira. Observa-se que a idade está mais relacionada com o tempo de resposta do que com a acurácia, sendo que as tarefas onde houve maior correlação são aquelas mais dependentes da velocidade. A própria natureza da tarefa de memória de trabalho exige maior velocidade do que a de memória de curto prazo, tarefa que não apresentou correlação com a idade, mesmo sendo mais complexa. Não foi verificada correlação entre a capacidade cognitiva geral e idade, indicando que possivelmente apenas a velocidade diminua com a idade, e não a capacidade cognitiva como um todo.

A escolaridade está correlacionada com a capacidade cognitiva e com o desempenho cognitivo em algumas tarefas, especialmente nas mais complexas (memória de trabalho e de curto prazo). Além disso, foi verificado que a escolaridade está relacionada com renda mensal ($r=0,507/ p<0,001$) e com classe econômica ($r=-0,516/ p<0,001$), de forma que quanto mais baixa a classe econômica, menor a escolaridade.

4.1.5 Aspectos neuropsicológicos e prática de atividade física

O estresse percebido, a depressão e o desempenho cognitivo foram comparados em relação à prática de atividade física regular. Foi verificado que a prática de atividade física não está associada ao estresse, à depressão e ao desempenho cognitivo, pois ao testar as diferenças entre as não praticantes, intermediárias e praticantes (ANOVA), não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas, para nenhuma destas variáveis. Além disto, não houve correlação entre o total de minutos semanais de atividade física e às variáveis deste estudo.

Considerando que as idosas que passaram por problemas emocionais apresentaram estresse percebido e nível de depressão significativamente maior do que as que não vivenciaram tais problemas, a relação entre estresse, depressão e atividade física foi analisada considerando esta variável (tabela 22).

Tabela 22. Estresse percebido e depressão de idosas não praticantes, intermediárias e praticantes de atividade física, considerando a ocorrência de problemas emocionais

	<i>Não Praticantes</i>		<i>Intermediárias</i>		<i>Praticantes</i>	
	Média	S	Média	s	Média	S
<i>Estresse Percebido</i>						
Geral	17,85	9,371	19,44	8,042	19,31	8,206
Com problema emocional	23,43	6,425	23,15	7,819	22,58	7,745
Sem problema emocional	11,33	8,161	15,42	6,360	14,94	6,78
<i>Depressão</i>						
Geral	1,77	2,006	2,40	2,566	2,12	2,539
Com problema emocional	2,71	2,29	3,62	2,81	2,71	2,88
Sem problema emocional	0,67	0,816	1,08	1,44	1,33	1,78

Observou-se que não há diferenças no estresse percebido ($F=0,294/ p=0,746$) e no nível de depressão ($F=0,364/ p=0,696$) das idosas em relação à prática de atividade física. No entanto, observou-se que o nível de estresse e depressão das idosas que relataram ter passado por problemas emocionais é significativamente superior ao das que não indicaram tais problemas, tendo apresentado um efeito de 25% no estresse ($F=25,123/ p<0,001$) e de 14% na depressão ($F=11,636/ p=0,001$). Não foram verificados efeitos interativos entre prática de atividade física e acontecimento de problema emocional, nem no estresse percebido ($F=0,498/ p=0,609$) nem na depressão ($F=0,498/ p=0,610$).

Foram comparados os níveis de estresse e depressão das idosas em relação ao histórico de atividade física, considerando a ocorrência de problemas emocionais (ANOVA 3 x 2). Não foram encontradas diferenças significativas no estresse percebido ($F=0,325/ p=0,724$) e na depressão ($F=0,116/ p=0,891$) em relação ao histórico de atividade física. Não foram verificados efeitos interativos entre histórico de atividade física e ocorrência de problemas emocionais ($F=0,098/ p= 0,907$). Assim, apenas o acontecimento de problemas emocionais diferenciou o estresse percebido e a depressão das participantes.

Ao comparar o estresse e a depressão, combinando a prática de atividade física atual e o histórico de atividade física, não foram encontradas diferenças significativas (ANOVA 3X3). Os resultados indicaram que não houve diferenças no estresse ($F=1,054/ p=0,354$) e na depressão ($F=0,160/ p=0,853$) em função do histórico de atividade física. Não houve interação entre histórico e a prática de atividade física atual nem no estresse ($F=1,844/ p=0,130$), nem na depressão ($F=1,082 / p=0,372$).

Ao comparar os tempos de resposta nas tarefas da bateria de avaliação cognitiva das praticantes, intermediárias e não praticantes (MANOVA), não foram verificadas diferenças significativas ($F=1,082/ p=0,380$). As comparações de efeitos principais revelaram que não houve diferença no desempenho cognitivo das idosas em nenhuma das tarefas da bateria de avaliação cognitiva (TR simples, TR de escolha, memória de trabalho, memória de curto prazo e atenção concentrada).

Em relação ao histórico de atividade física e o tempo de resposta nas tarefas da bateria, não foram verificadas diferenças no desempenho das que foram praticantes, não praticantes e as que trabalhavam pesado ($F=0,595/ p=0,816$). A análise dos efeitos principais revelou que não houve diferença relacionada ao histórico de atividade física nos tempos de resposta em nenhuma das tarefas.

Nem o histórico de atividade física e nem a prática de atividade física atual parecem estar associados ao desempenho cognitivo das idosas nas tarefas cognitivas da bateria, pois ao comparar os tempos de resposta nas tarefas da bateria considerando o histórico de atividade física e a prática de atividade física, não foram verificadas diferenças significativas dos tempos de resposta em nenhuma das tarefas ($F=0,571/ p=0,930$). O nível de atividade intelectual também não pareceu estar associado com os tempos de resposta nas tarefas da bateria de avaliação cognitiva ($F=1,033/ p=0,419$).

Foram comparados os tempos de resposta na bateria das idosas em relação à prática de atividade física e ao nível de atividade intelectual (MANOVA), sendo que também não foram encontradas diferenças significativas nos tempos de resposta na combinação destas variáveis ($F=1,309/ p=0,175$).

Foi comparada a acurácia de desempenho nas tarefas da bateria de avaliação cognitiva em relação às variáveis: prática de atividade física, histórico de atividade física e nível de atividade intelectual (MANOVA). Os resultados indicaram que não houve diferença na acurácia entre as praticantes, intermediárias e não praticantes de atividade física em nenhuma das tarefas da bateria de avaliação cognitiva ($F=0,738/ p=0,687$). Em relação ao histórico de atividade física, também não foram encontradas diferenças significativas na acurácia nas tarefas entre as idosas que foram praticantes, não praticantes de atividade física e as que realizavam trabalho pesado ($F=0,700/ p=0,609$).

No entanto, ao comparar as médias de acurácia (MANOVA) entre as idosas com baixo, médio e alto nível de atividade intelectual, foram verificadas diferenças significativas ($F=13,954/ p<0,001$), sendo que o nível de atividade intelectual respondeu por 23% da variância total da acurácia nos testes da bateria de avaliação cognitiva (*partial eta squared*=0,228) (tabela 23).

Tabela 23. Acurácia (percentual de acertos) das idosas nas tarefas da bateria de avaliação cognitiva em função do nível de atividade intelectual

Tarefas da Bateria de Avaliação Cognitiva	Nível de Atividade Intelectual					
	Baixo (n=36)		Médio (n=25)		Alto (n=19)	
	Média	s	Média	s	Média	s
Acurácia TR simples	93,9794	9,1178	94,8323	7,8743	97,9262	3,5750
Acurácia TR de escolha	92,2124	6,2652	93,5054	5,5165	95,7305	5,9430
Acurácia MT*	71,1036	18,833	78,6384	15,9107	94,4280	4,5603
Acurácia MCP*	60,6284	10,685	66,1179	7,9569	72,5691	6,3154
Acurácia de Atenção	87,5272	10,635	85,0170	14,6693	93,3743	8,3769

*Diferenças estatisticamente significativas ao nível de $p<0,05$.

Pode-se observar que quanto maior o nível de atividade intelectual, melhor o desempenho nos testes da bateria de avaliação cognitiva. Ao proceder à análise dos efeitos principais, foi verificado que as principais diferenças encontradas foram nos testes de memória de trabalho ($F=15,989/ p<0,001$) e memória de curto prazo ($F=11,147/ p<0,001$), que são as tarefas mais complexas da bateria. O nível de atividade intelectual teve um efeito de 32% na memória de trabalho e de 22% na memória de curto prazo. Foram verificadas diferenças na acurácia do TR de escolha ($F=3,910/ p=0,025$) e na atenção concentrada ($F=4,916/ p=0,010$), sendo que o nível de atividade intelectual mostrou responder por 10% da acurácia no TR de escolha e por 12% da acurácia na atenção concentrada.

Para analisar possíveis efeitos interativos entre prática de atividade física e nível de atividade intelectual comparou-se a acurácia nos testes da bateria *CogState* (MANOVA) em relação a estas duas variáveis (tabela 24).

Tabela 24. Acurácia nos testes da bateria *CogState* em função da prática de atividade física atual e do nível de atividade intelectual

<i>Nível de atividade Intelectual</i>	TR simples		TR de escolha		MT		MCP		Atenção	
	Média	s	Média	s	Média	s	Média	s	Média	S
<i>Baixo</i>										
Não Praticantes	98,42	3,53	86,25	7,69	63,67	8,64	65,73	6,09	79,06	16,3
Intermediárias	95,22	7,38	93,41	4,40	66,60	18,8	57,93	13,4	88,05	8,39
Praticantes	92,19	10,6	93,04	6,23	75,44	20,1	60,84	9,80	89,35	9,64
<i>Médio</i>										
Não Praticantes	95,52	2,95	93,93	4,93	63,66	21,5	59,14	8,92	80,07	18,9
Intermediárias	90,30	13,4	90,63	6,94	77,24	15,3	62,31	8,87	76,54	12,3
Praticantes	96,81	3,59	94,76	4,71	82,29	14,3	69,29	5,92	89,96	10,8
<i>Alto</i>										
Não Praticantes	98,42	3,53	96,85	3,12	96,28	3,97	73,89	8,85	95,11	4,43
Intermediárias	97,02	4,42	96,83	2,55	91,94	5,14	73,01	5,89	94,98	6,43
Praticantes	98,47	2,99	93,83	9,29	95,58	3,70	71,19	5,36	90,53	11,8

Observou-se que as praticantes de atividade física com médio e baixo nível de atividade intelectual apresentaram um melhor desempenho na tarefa de memória de trabalho em relação às intermediárias e não praticantes. No entanto, ao analisar estatisticamente os resultados observados na tabela (MANOVA), não foram verificados efeitos interativos significativos entre prática de atividade física e nível de atividade intelectual ($F=1,388/ p=0,130$), sendo que o tamanho do efeito interativo foi de 9% (*partial eta squared*= 0,93).

Para verificar os possíveis efeitos interativos entre histórico de atividade física e nível de atividade intelectual na acurácia do desempenho na bateria de avaliação cognitiva foi realizada a mesma análise (MANOVA), cujos resultados apontaram que não existem

interações significativas ($F=0,819/ p=0,693$) entre histórico de atividade física e nível de atividade intelectual. O tamanho do efeito interativo foi de 6% (*partial eta squared*= 0,57).

Considerando que a acurácia na tarefa de memória de trabalho foi a variável que mais pareceu estar relacionada com a prática regular de atividade física e com o nível de atividade intelectual, comparou-se a média de erros das idosas praticantes, intermediárias e não praticantes de atividade física com baixo, médio e alto nível de atividade intelectual (tabela 25).

Tabela 25. Número de erros na tarefa de memória de trabalho em relação à prática regular de atividade física e ao nível de atividade intelectual

<i>Prática de Atividade Física</i>	<i>Nível de Atividade Intelectual</i>							
	<i>Baixo (n=36)</i>		<i>Médio (n=25)</i>		<i>Alto (n=19)</i>		<i>Geral</i>	
	<i>Média</i>	<i>s</i>	<i>Média</i>	<i>S</i>	<i>Média</i>	<i>s</i>	<i>Média</i>	<i>s</i>
Não Praticantes	17,80	6,340	14,67	9,292	1,20	1,304	10,69	9,53
Intermediárias	16,82	11,68	10,14	7,73	3,00	2,00	11,08	10,35
Praticantes	11,85	11,609	7,20	6,48	1,43	1,272	8,45	9,57
Total	14,19	11,13	8,92	7,28	1,95	1,75	9,64	9,77

Embora se observe que a média de erros das não praticantes com baixo e médio nível de atividade intelectual seja maior do que a das intermediárias e praticantes de atividade física com este mesmo nível, estas diferenças não foram estatisticamente significativas, provavelmente porque este não foi o resultado encontrado para as idosas com alto nível de atividade intelectual, onde as não praticantes obtiveram o menor número de erros. No entanto, as diferenças nas médias em relação ao nível de atividade intelectual foram estatisticamente significativas ($F=13,707/ p<0,001$).

Para confirmar os resultados verificados nas análises comparativas, foram feitas algumas correlações com o objetivo de verificar se o nível de atividade intelectual e o número de minutos de atividade física semanais estariam correlacionados com as variáveis deste estudo (depressão, estresse percebido e desempenho cognitivo).

Os resultados das correlações demonstraram que apenas o escore do nível de atividade intelectual apresentou correlação com o desempenho cognitivo. Foi verificada correlação entre o nível de atividade intelectual e a acurácia nos testes de tempo de reação simples ($r=0,251/ p=0,025$), tempo de reação de escolha ($r=0,302/ p=0,007$), memória de trabalho ($r=0,564/ p<0,001$) e memória de curto prazo ($r=0,543/ p<0,001$). Assim, a atividade intelectual respondeu por 6% da variância no TR simples, 9% no TR de escolha, 32% na memória de trabalho, 29% na memória de curto prazo. O nível de atividade intelectual

também apresentou correlação com a capacidade cognitiva geral ($r=0,480/ p<0,001$), respondendo por 23% da variância nesta variável.

4.2 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

Após a escuta repetida e leitura cuidadosa das entrevistas transcritas, procedeu-se a análise dos depoimentos. Estes depoimentos ocorreram durante a coleta de dados, onde a interação entre pesquisador e participante da pesquisa permitiu o aprofundamento das questões. Muitas idosas complementaram e explicaram as suas respostas, que foram gravadas e registradas.

Para proteger a identidade das participantes, todas elas receberam um nome de flor. O perfil de cada participante incluída nesta etapa de análise está descrito no apêndice 3.

A partir do processo de análise qualitativa descrito no método, os depoimentos das participantes foram organizados em quatro eixos temáticos principais: depressão, educação, atividade física e lazer e aspectos neuropsicológicos relacionados ao envelhecimento. Dentro destes eixos, destacaram-se temas como: insônia, memória, solução de problemas, moradia, preconceito, doenças relacionadas ao trabalho, dupla jornada, assistência médica, fé e espiritualidade.

Ao organizar o material em eixos temáticos, pôde-se observar que muitos depoimentos das idosas estavam ligados a sua condição econômica. Por isto, as análises foram orientadas para destacar as diferenças e semelhanças das idosas de diferentes classes econômicas. Nesta análise, as classes econômicas foram agrupadas em duas, sendo classe alta (A2, B1 e B2) e baixa (C, D e E). A classe econômica específica e os detalhes de cada idosa, bem como outras características gerais, podem ser analisadas no apêndice 3.

Para facilitar a visualização da síntese dos resultados, foram elaborados quadros, um para cada eixo temático, com os principais temas destacados pelas idosas em cada categoria. As comparações entre idosas de classe econômica alta e baixa, foram realizadas com o auxílio da “Técnica do Espelho”, desenvolvida por Andrade (2001), onde se colocam “lado a lado” os discursos que se pretende comparar, buscando identificar suas semelhanças e diferenças.

4.2.1 Depressão

Os depoimentos das participantes a respeito da depressão denotam algumas diferenças entre idosas de classe econômica alta e baixa. Em geral, para as idosas de classe econômica alta, a depressão foi associada ao uso de remédio, falhas de memória, falta de atividades culturais e baixa valorização profissional. Para as idosas mais pobres, a depressão esteve mais associada com insônia, falta de opções de lazer e incerteza quanto ao diagnóstico clínico da doença. A ocorrência de problemas emocionais (por exemplo: perda de filhos, marido), pareceu estar associada com o desencadeamento da depressão em ambos os grupos econômicos, mas sendo mais freqüente os relatos destes problemas entre as mais pobres. A questão da fé como algo importante no enfrentamento dos problemas foi destacado nos relatos das idosas de diferentes classes econômicas. Os temas principais desta análise são as atividades de lazer, moradia, remédios e fé.

Foi recorrente a queixa da falta de atividades e opções de lazer em ambas as classes econômicas ao referir-se à depressão. No entanto, a natureza destas atividades pareceu ser diferente, sendo que as idosas de melhor nível econômico e alto nível de atividade intelectual reclamaram mais da falta de opções e acesso às atividades culturais, como relata Dona Acácia:

“não há nada para fazer aqui, não tenho companhia para ir ao teatro ou cinema, não dirijo e é difícil pegar ônibus nos horários do teatro, é perigoso... o único lugar que eu posso falar com as pessoas é aqui no grupo, mas o que se faz aqui? Nada... aqui é lugar de fazer nada, isso deixa mal...”

Além da falta de atividades culturais, a fala de Dona Acácia demonstra a sua insatisfação em relação às atividades que são feitas no grupo de convivência, o que pode estar indicando que nestes grupos não é apenas a convivência social o que importa, mas também as atividades propostas para os idosos.

Dona Rosa, mesmo com carro à disposição, disse sentir dificuldade de acesso às atividades culturais, pois argumentou não saber usar a internet e morar sozinha, considerando difícil saber a programação das atividades, além de ter medo de dirigir sozinha à noite, ela relata:

“Adoro teatro, cinema, orquestra, tudo isto, mas infelizmente não tenho como saber a programação porque hoje é tudo pela internet, eu não aprendi a usar, acho que principalmente por causa da minha visão, aí é complicado, sair dirigindo de noite é perigoso, é muito difícil manter estas atividades.”

As atividades de lazer mais importantes foram aquelas que parecem ter um significado para as idosas, como Dona Violeta, que é sambista desde criança e relatou: *“A dança me fez querer voltar a viver, eu voltei a dançar e foi isto, tenho certeza, que me fez superar”*.

Outras idosas reclamaram da falta de opções de lazer, mas esta queixa foi menos freqüente entre as idosas de classe econômica baixa, sendo que para a maioria destas, a depressão pareceu estar ligada ao acontecimento de problemas emocionais, situações tristes, como a perda de familiares. Nas idosas mais pobres, o início da depressão está relacionado com algum acontecimento trágico, e as atividades de lazer aparecem como uma forma de auxílio, que na maioria das vezes, não está acessível. Dona Cravina tinha dois filhos pescadores que morreram durante uma tempestade, o seu marido também morreu no trabalho algum tempo depois. Ela disse que quando estava “muito ruim” não tinha nem luz elétrica na casa, o que a impossibilitava de ler, ver TV, ou fazer outras coisas que a permitisse se distrair. Dona Cravina ainda não está bem, mas destaca que *“agora eu já posso ler, ver TV à noite, o dinheiro não é muito, mas como estou sozinha deu pra parar de trabalhar”*. Dona Angélica, classe econômica baixa, diz sentir solidão intensa e que estar no grupo é algo que ela busca como única opção de lazer, porque as suas dificuldades financeiras impedem que ela procure mais lugares: *“me sinto triste, mal e sozinha, não sei o que fazer, venho aqui tentar encontrar pessoas para não fazer uma besteira”*.

Em casos de depressão maior, o engajamento nas atividades de lazer é mais difícil. Dona Tulipa, que teve o escore mais elevado de depressão, disse participar do grupo de atividade física por obrigação, pois as filhas a levam e buscam do grupo. Ela relatou que gosta de atividade física, que ajuda a aliviar as suas dores, mas que não sente vontade de sair da cama e se pudesse não iria. O caso de Dona Tulipa deixa claro que pessoas deprimidas são menos propensas a se exercitar, mas que podem vir a fazê-lo por pressão dos familiares.

Outra questão que chamou atenção em relação à depressão foi a ausência de diagnóstico médico entre as idosas de classe econômica baixa. No caso da Dona Hortênsia, fica evidente a falta de diagnóstico médico e a vinculação da depressão a problemas emocionais:

“Às vezes tenho depressão. Mas a minha depressão logo passou, é porque eu tive uma separação do meu filho, fiquei muito chateada assim, aí eu tive um pouco de depressão, mas logo melhorei. Não sei se era depressão, dessas assim que falam, mas eu tava sempre nervosa, tinha muita tristeza. Não tomava remédio, nem fui ao médico nem nada”.

A ausência de assistência médica fica evidente no caso de Dona Cravina, que relatou:

“acho que eu tinha depressão sim, eu não queria nada, não saía da cama, nem de casa, só chorava o dia todo, mas nunca pude ir no doutor, nós não tinha nem luz

elétrica, tinha que trabalhar, não dava para fazer muita coisa, aí que eu não queria mais fazer nada mesmo né, nem tinha como”.

A questão da perda de memória relacionada à depressão apareceu apenas nas idosas de classe econômica alta, como no caso da Dona Lobélia: *“Minha memória não está boa, está péssima. Acho que é muito remédio, às vezes me dá reação, fico mal, isso está prejudicando minha memória”*. Dona Jasmine associou a sua perda de memória com a depressão e com a idade: *“Minha memória em relação há dez anos atrás... bom, há dez anos atrás eu tava com depressão, não queria nada da vida, então a memória estava muito ruim”*. Estes relatos indicam que nestas idosas, com melhores condições econômicas, a perda de memória está associada com o remédio para depressão e com o próprio estado de desânimo produzido pela doença.

Nas classes mais pobres não ocorreram falas associando a depressão com a perda de memória, apenas Dona Flor, que associou as falhas na memória com o estresse excessivo, decorrente do excesso de trabalho:

“... a não ser quando eu fico estressada, aí eu começo a esquecer as coisas [...] quando eu me estresso muito, muita costura me canso e aí volta e eu fico esquecida. Quando eu trabalho muito, fico muito cansada, não tem? Aí me descontrola. A última vez que me deu forte eu fui no médico, mas não acharam nada... acho que é muito trabalho. É muita coisa né, eu faço tudo, eu lavo, eu passo, eu costuro, atende uma, atende outra, então aquilo me faz pensar: ‘meu Deus, será que eu vou agüentar isto a vida toda?...’”

A insônia foi uma reclamação recorrente nas idosas de classe econômica baixa, como no caso da Dona Dália, que tem insônia há trinta anos e a associa com a viagem do filho, a quem era muito apegada. Ela disse não ter depressão, embora fique muito triste com a depressão da filha:

“... com este negócio da filha eu estou passando uma fase meio triste, sabe? Mas não é uma depressão, eu não considero uma depressão e sim uma tristeza que eu tenho né, porque sabe, a gente ter um filho com estes problemas não é fácil não. Mas depressão, depressão de ter que fazer tratamento com médico, nunca na minha vida tive que ir a um psiquiatra, então eu considero uma depressão, eu considero uma tristeza”

Talvez as queixas de insônia relatadas pelas participantes de classes econômicas mais pobres estejam relacionadas à falta de diagnóstico de depressão e tratamento medicamentoso, pois as idosas que tomam remédio apresentam falhas de memória, mas não tem dificuldade de dormir, como pode ser constatado no discurso de Dona Lobélia:

“não tenho dificuldade para dormir, quer dizer, durmo bem porque tomo o relaxante, o médico mandou eu tomar 2 mg de rivotril, mas eu tomo só uma porque

senão eu fico muito sonolenta, acordo com sono, com uma eu durmo bem e acordo melhor”.

Uma das únicas participantes de classe mais pobre que toma medicação para dormir é Dona Dália, que tem insônia há 30 anos e disse fazer uso de diazepam desde o início do transtorno. Embora Dona Dália tenha dito nunca ter consultado com um psiquiatra, ela indicou tomar doses excessivas deste benzodiazepínico:

“eu tomava 10 mg de diazepam, era para tomar 5 mg mas eu tomava dez. Só que eu tomava um de 10 mg e não dormia e lá pelas duas da manhã eu tomava outro de 10... e não tava mais fazendo efeito, eu não conseguia dormir mesmo tomando os dois... aí eu resolvi parar”.

O uso prolongado deste benzodiazepínico é mais freqüente em mulheres de baixa renda e pouca escolaridade, conforme foi verificado por Huf, Lopes e Rozenfeld (2000) e o seu uso prolongado está associado com insônia, além de ser o medicamento mais difícil de interromper e menos recomendado para pacientes idosos. Embora o uso do diazepam, pela Dona Dália, tenha sido motivado pela presença de insônia, talvez ele a esteja aumentando ainda mais, ao lhe provocar crise de abstinência, pois ela parou o uso do medicamento há alguns meses:

“É não estou mais usando o remédio, mas olha, meu Deus, eu pensei de morrer e ainda estou naquela abstinência... ainda. Eu sinto assim uns choques no corpo, eu parei de tomar agora em março e não estou nem conseguindo mais ir caminhar, tem noites que eu vou dormir as 6 da manhã, tem noites que eu viro a noite. Eu deito, fico aqui, volto para lá, e quando eu sinto que me dá tipo uns choques eu vou para o chuveiro, ligo o chuveiro bem quente e só deixo cair nas costas para relaxar um pouco e depois que me acalma os músculos eu saio. Esta noite eu fui duas vezes, já teve noite que eu cheguei a ir quatro vezes...”

A fala de Dona Dália talvez denuncie a questão das diferentes representações do psiquiatra para as classes econômicas. As idosas de melhor condição econômica relatam com naturalidade a sua depressão e a assistência do psiquiatra. Entre as idosas mais pobres, houve poucos relatos de consulta ao psiquiatra, além de uma representação negativa da doença, como algo para loucos ou pessoas desocupadas, como se percebe no depoimento de Dona Flor:

“Pobre não tem depressão, não tenho tempo de ter depressão não. Tem madame aí que tem tudo, tem carro, tem dinheiro e tem depressão. Me dizem que não tem vontade de fazer nada, ora, não é pra ser assim né? Vai fazer alguma coisa, eu acordo todo dia as 6 e meia da manhã e não tenho tempo para pensar no que quero ou não fazer”.

A fala de Dona Flor teve tom de revolta, de irritação, talvez porque para ela, a depressão seja algo exclusivo para os ricos, ficando evidente o seu descontentamento em

relação as suas condições, que não permitem ela pensar no que quer ou não fazer. Estes dados sugerem que talvez a representação da depressão das idosas mais pobres seja algo diferente do que é para as mais ricas.

A moradia foi destacada como um fator muito importante para as participantes. Dona Palma, classe C, atribuiu a sua depressão ao fato de ter se mudado para um apartamento: *“parece que eu estou numa prisão, não conheço ninguém, os vizinhos não conversam, não há amizade, me sinto muito mal morando lá, pois no lugar que eu morava as pessoas se cumprimentavam, eu tinha com quem conversar, era muito melhor”*. Parece que o apartamento, nesta fala, representa o isolamento.

Morar em um apartamento pareceu um fator negativo, para ambas as classes econômicas, como fica evidente no depoimento de Dona Rosa, que mora em uma cobertura com vista para o mar:

“...É bom aqui porque pega sol, vê o mar. Dá até uma chance de viver de uma maneira normal. Eu não acho que viver em apartamento seja uma maneira normal, sabe, você está segura mas você está presa. Eu acho que as pessoas sentem muita falta da terra, mas a própria arquitetura de hoje em dia está uma porcaria, pensando apenas em ampliar o lucro, fazem aqueles apartamentos horrorosos...”

A moradia parece ter um papel importante principalmente ao proporcionar atividades de lazer em função das instalações disponíveis. Dona Gloriosa ao responder se preferia ficar em casa a sair fazer coisas novas relatou: *“Ah, eu prefiro sair, claro. Moro em um apartamento pequeno, onde só fico vendo TV, não tem muita coisa para fazer, eu não posso ficar lá não, ficaria louca. Ai eu sempre que posso vou bater perna por aí”*. Diferente da Dona Azaléia que comentou:

“Prefiro ficar em casa, amo a minha casa, é maravilhosa. O jardim é primeira coisa. Eu levanto e já vou para a jardinagem. A energia que a gente pega das plantas tu não imagina, mesmo que tenha dias que seja mais difícil, eu chego em casa e vou para as plantas, eu preciso estar lá.”

Estes depoimentos deixam clara a importância da moradia para as idosas, mas também destacam as diferenças nas condições de moradia das diferentes classes econômicas. De forma contraditória, a maioria das idosas avaliou sua moradia como “ótima”, no entanto, muitas delas apresentaram alguma reclamação a este respeito em outros momentos da entrevista. Esta contradição pode ser um reflexo da idéia de que os idosos devem depender da família, o medo de ir para um asilo e a religião, que fez com que muitas, ao se comparar com pessoas em piores condições, considerassem pecado reclamar. Dona Gloriosa, ao avaliar a sua moradia, em relação às instalações comenta: *“Para mim está ótimo, não dá para reclamar. Posso*

morar sozinha, não preciso de ninguém para me cuidar, para uma mulher da minha idade só pode estar ótimo, tem tanta gente que eu vejo que tá tão mal... é pecado reclamar, né?”.

Outras questões foram destacadas pelas participantes em relação à depressão. Dona Íris, classe econômica alta, relata que a falta de oportunidades a faz sentir deprimida, especialmente porque se sente desvalorizada na sua profissão, ela relata *“me sinto cheia de energia, o problema é que não tenho o que fazer com ela”*. Dona Íris, que disse ter depressão, quando questionada sobre se sentia controle sob as coisas, respondeu: *“Ah, depende, em relação à minha vida, tenho sentido sim, nem tanto, mas não me incomoda. Mas em relação ao mundo não, veja as guerras, os roubos, a fome... isso me incomoda muito mais...”*. Esta fala reforça o caráter coletivo da saúde, como no depoimento da Dona Margarida:

“Depressão não sei, mas ando com crise do pânico, estou com medo, muito medo. Acho que é de ver tanta coisa acontecendo hoje, a gente vai ficando assustada. São as pessoas de hoje, ninguém mais gosta de ninguém, não existe mais amor né, não existe mais respeito, não existe mais nada...”

Estas falas demonstram que a saúde das idosas abrange a coletividade, incluindo o que acontece no mundo. De alguma forma, as idosas se mostraram descontentes com a situação do país e do mundo, mostrando muita preocupação em relação a isto.

A vergonha de ter depressão foi algo que apareceu em alguns depoimentos. Dona Rosa relata que embora não se sentisse bem, não falava a ninguém do seu problema e só conseguiu melhorar depois da separação, embora ainda goste do ex-marido:

“... fiz terapia, 9 anos, até que um dia eu pensei: não posso continuar. Isso foi bem perto da minha conversão para o lado evangélico. Depois disso foi quando eu comecei a me libertar, eu tinha uma vergonha absurda de falar o que eu estava sentindo [...] Era algo que eu pensava, eu sou culpada por estar desse jeito, de me sentir desta forma, meu Deus, aquilo era um caos na minha vida... Então, acho que quanto mais eu pensava assim, pior eu ficava. Eu acho que de certa forma o divórcio foi o que me deu esta noção: ‘eu não tenho que estar bem para satisfazer o meu marido’, eu posso estar mal no dia seguinte, entende, e isto começou a me liberar inclusive para a cura”...

A vergonha de Dona Rosa estava atrelada principalmente ao marido, ao fato de ser mulher e não poder estar deprimida. No mesmo depoimento, Dona Rosa destaca que melhorou após a separação, e também após a sua conversão para a religião evangélica. A questão religião foi percebida durante as entrevistas, especialmente na aplicação da GDS, pois muitas idosas diziam não poder se sentir daquela forma *“porque é pecado, Deus é tão bom comigo...”*.

Muitas idosas, quando questionadas sobre a sua crença em Deus ou em um ser superior, enchiam os olhos de lágrimas e davam respostas seguras de sua fé e da importância

disto em sua vida. Este papel da fé na vida das participantes foi muito destacado, especialmente para a superação de problemas emocionais, como Dona Rosa complementa:

“por isso eu penso assim, que sem fé, sem fé eu não teria resistido. Eu fiquei tão mal, tão mal, que tinha dias que eu pensava que não ia voltar ao normal, mas eu creio em um Deus imortal, na imortalidade e penso que isto não será perdido”.

A fé em Deus, a espiritualidade, deu suporte a muitas participantes que passaram por problemas emocionais, aparecendo nos discursos de forma mais independente da classe econômica. Dona Lobélia com depressão há 16 anos relata:

“Acredito muito em Deus. Eu faço orações falando com Deus. Eu não gosto de rezar o rosário. Eu gosto também de cantar, peço ajuda a Deus cantando, canto para Deus ajudar meus filhos...”.

A fé das participantes tem muitas facetas. Muitas acreditam em um Deus único, que julga, outras acreditam em uma energia, uma força vital. Algumas acreditam em um Deus que é como um pai, com quem preferem conversar a fazer orações prontas, enfim, parece que cada participante encontrou a sua forma de se comunicar com Deus, seja por meio de orações, conversas ou até mesmo meditações, visualizações, procurando encontrar um “equilíbrio” e ajuda para os seus problemas.

Assim como a fé parece ajudar as idosas, pode prejudicá-las, tornando-as demasiado fanáticas por uma única verdade, como no caso da Dona Gardênia, que relatou ter grandes problemas por causa da filha, que diz não crer em Deus. Ela pensa que a filha pode ir para o inferno e por isto passa as noites em claro.

A fé pareceu estar relacionada à doença, à morte e à esperança, como no depoimento de Dona Cássia:

“Com a fé é que eu me mantenho em pé, viva e com saúde. Porque o que eu tenho é a consequência da vida, tudo acaba, a árvore acaba, fica velha, e eu também não sou diferente, então eu aceito isso numa boa... Acho que Deus faz uma coisa muito interessante, te dá a oportunidade de abrir os olhos para a vida”.

Quadro 1. Síntese dos temas associados à depressão das idosas de classe econômica alta e baixa

<i>Classe Econômica Alta</i>	<i>Classe Econômica Baixa</i>
- Remédios anti-depressivos;	- Ausência de diagnóstico médico;
- Falhas de memória;	- Insônia;

- Eventos emocionais;	- Eventos emocionais;
- Falta de atividades culturais;	- Falta de opções de lazer;
- Baixa valorização profissional e exclusão do mercado de trabalho;	- Excesso de trabalho;
- Vergonha de ter depressão;	- A depressão como algo para loucos ou desocupados;
- A importância da fé;	- A importância da fé;
- A importância da moradia;	- A importância da moradia;
	- A importância do grupo de convivência.

4.2.2 Educação

Este eixo temático concentrou algumas questões, entre elas a desigualdade de acesso à educação. Da mesma forma que o eixo temático anterior, a análise foi pautada pelas classes econômicas. Entretanto, a classe econômica contemplada nesta discussão é relativa ao momento da vida narrado pela participante, pois muitas mudaram de classe econômica. Isto fica evidente na fala de Dona Orquídea: “me criei pobre, mas casei bem”, indicando que a sua situação econômica mudou depois do casamento. Com isto, o seu grau de escolaridade está mais associado ao passado, ao período em que era pobre, do que ao atual. Assim, foi necessário tomar este cuidado durante as análises do eixo temático educação.

O primeiro tema que surgiu ao tratar da educação foi a desigualdade social. Os principais relatos neste eixo foram feitos pelas participantes que não tiveram oportunidades ou condições de estudar, deixando clara a diferença de acesso à educação. Os demais temas abordados neste eixo são: preconceito, trabalho braçal, cultura, condição feminina e atividades cognitivas.

Dona Violeta relata que quando criança não pôde estudar. Ela é negra, de família muito pobre e disse ter tomado uma pedrada na cabeça, o que fez com que fosse recusada na escola, pois os diretores da escola argumentavam que ela era “retardada mental”. Hoje, com 66 anos ela tenta aprender a ler sozinha e disse fazer isto todos os dias, com um livrinho de oração que ela guarda na bolsa: “*olha, eu já consigo ler uma linha e continuar na seguinte...*” começou a ler, mostrando o quanto estava conseguindo, com um ar de sucesso. Ela tem a capacidade cognitiva normal, apresentando apenas problemas de memória de curto prazo. Isto indica que provavelmente a principal razão de terem recusado Dona Violeta na escola foi o fato dela ser mulher, negra e pobre.

Estas e outras questões podem ser verificadas também na fala de Dona Dália:

“A gente morava em fazenda, e meus pais, é, nem tanto o meu pai mas a minha mãe, que é dessas pessoas bem antigonas, ela achava que não havia necessidade, ela falava que escola era só para rapazes, só para meninos. Depois, quando eu fui para a cidade eu já tava mocinha, então o pouco que eu fiz, eu fiz a noite, nos cursos de adulto e escondido dela. Sim, porque quando ela descobriu ela me tirava imediatamente da escola. Por isto que não foi uma coisa regular. Eu já tinha uns 11 ou 12 anos quando fui para a cidade e mesmo assim né, eu fui trabalhar e não tinha muito tempo. Eu fui trabalhar de doméstica [...] Neste tempo eu ia numa escola que tinha perto da casa, mas quando a minha mãe descobria ela tirava. Ela era assim, sabe estas pessoas que assim, tadinha, não sabia nada e achava que não havia necessidade. Minha mãe nunca estudou nada, nada nada mesmo, então ela achava que não precisava, daí... eu senti muita falta de estudar, muita falta mesmo, por isso que para os meus filhos eu dei tudo o que eu tinha para dar escola para eles porque eu sei a falta que faz”

Neste depoimento de Dona Dália, pode-se constatar alguns fatores que interferiram na sua escolaridade, entre eles, a moradia (fazenda), o preconceito (escola é para rapazes) e o trabalho.

Dona Flor reforça a questão de morar na zona rural como uma barreira ao estudo: *“eu me criei no meio de mato e lavoura, não tinha como estudar, e o meu marido a mesma coisa, acho que ele estudou o mesmo que eu, não tinha como né querida”*.

O problema de não poder estudar por morar na roça não é apenas uma questão de deslocamento até a escola, e sim, da condição econômica destas pessoas que moravam no campo, pois as crianças tinham que trabalhar e isto tornava difícil a liberação delas para a escola. Além disso, o trabalho braçal era considerado mais importante, especialmente para os mais pobres, pois era o que garantia o sustento.

Dona Orquídea não morava no campo, mas relatou:

“A minha juventude, a minha infância foi meio tumultuada porque meu pai bebia, brigava muito com a minha mãe, e eu adorava a minha mãe, aquilo até hoje me aflige, sabe? [...] Você não imagina como foi trabalhoso para mim, saí dos estudos para poder ajudar a mãe, eu trabalhava e dava tudo para ela, na mão dela, aí meu pai bebia e queria o dinheiro... eu trabalhava muito para ajudar em casa, eu era tão inteligente que as professoras ficaram muito tristes quando eu disse que ia sair da escola, mas eu tive que sair, para ajudar. Mas hoje tudo isto ficou para trás, porque eu ajudo minha família tudo o que eu posso.”

Este depoimento demonstra que uma das razões pela qual Dona Orquídea não estudou foi a necessidade de trabalhar, ainda criança. Estas questões são recorrentes entre as idosas pobres ou naquelas que foram pobres, e sem uma análise mais detalhada de suas histórias, não seriam verificadas. Transversalmente, a Dona Orquídea é de classe alta, mas no passado, sua realidade era bem diferente.

A questão cultural também interfere na realidade de algumas idosas, como Dona Rosa, que tinha uma situação econômica melhor e não deixou de estudar por causa da supervalorização do trabalho em relação aos estudos:

“Hoje você tem que pagar o seu preço, não vale mais do que produz. Sabe, isso é exatamente o oposto do que deve ser, saber isto mudou muito a minha angústia existencial, a minha forma de escutar as pessoas. Sabe, mamãe era filha de imigrantes italianos, e era impossível a gente ficar cinco minutos parados na nossa casa, porque para mamãe pessoa que não produz, não vale nada, inclusive ler. Ler para nós era algo que tinha que fazer escondido porque até ler para a mamãe era ruim. Ela era uma pessoa inteligente mas incapaz de entender que a leitura era um trabalho mental... Mas a mamãe nos criou de uma forma que nós tivesse sentimento de culpa de ficar dois minutos olhando a paisagem, e isso me deixou marcas. Demorei um tempo para conseguir olhar as pessoas e ver que existem coisas mais importantes do que o que ela produz, que é o que o capitalismo preconiza, ou seja, você só vale aquilo que você faz e isso é fato, nos afeta sempre de alguma forma. Então a minha profissão, o que eu faço é o que me define”.

No depoimento de Dona Rosa está presente a interferência dos aspectos culturais da família associados ao preconceito em relação ao trabalho intelectual. Embora existisse o preconceito, este teve um impacto na vida de Dona Rosa diferente daquele que exerceu sobre a vida da Dona Dália. Como se pode perceber, a questão da mãe de Dona Rosa era em relação ao trabalhar, fazer alguma coisa, o que deixou marcas emocionais, no sentido de destacar o trabalho como a coisa mais importante, mas não impediu que ela completasse os seus estudos e realizasse as suas leituras. É interessante que a própria participante, Dona Rosa, elabora uma crítica ao capitalismo, baseada na supervalorização da produção, deixando claro o quanto isto afetou a sua vida, a sua maneira de ver as pessoas.

No caso de Dona Dália, o impacto foi maior, ela de fato não teve como estudar, como sequer freqüentar a primeira série do primário, tendo que fazer isto escondido. Dona Orquídea conseguiu completar o primário, mas a necessidade de ajudar a mãe a fez desistir dos estudos, tendo que trabalhar.

Dona Dália não conseguiu voltar a estudar, pois relatou: *“Eu depois eu casei, e fui trabalhar com a minha cunhada na costura. Depois de um ano meu filho nasceu, eu tive 3. Mas a minha vida foi só trabalhar, trabalhar e trabalhar e nunca mais consegui voltar a estudar”.* Ela se tem ressentimentos em relação a não ter estudado, como pode ser percebido na sua resposta à pergunta sobre a realização de leituras no passado: *“Não, nisto que eu digo, se eu tivesse pego estudo nestas épocas, é por isso que eu sou meio burrona, sabe, eu não... eu não lia nada, não dava tempo e também eu estava tão cansada que não dava...”.*

Dona Violeta sentiu a falta de ter estudado, relatando que *“nós freqüentávamos a alta sociedade, grandes jantares, mas o meu marido me dizia para ficar quieta para não falar*

besteiras... acho que se tivesse estudado a sociedade me respeitaria mais...". Ela associou o respeito da sociedade por ela com a escolaridade, se sentindo discriminada por não ter estudado. Dona Violeta relatou que depois de casada ela tentou estudar, mas o seu marido não permitia. Se ele quisesse que ela não falasse besteiras, a estimularia a estudar, e não o contrário.

Parece que o baixo nível educacional tem repercussões nas atividades cognitivas ao longo da vida associadas às condições sócio-econômicas e à condição feminina. No caso de Dona Violeta, o preconceito contra a mulher pode ter sido a principal barreira para que depois de casada e com boa condição financeira, ela não pudesse estudar. Em síntese, as condições econômicas na infância influenciam na escolaridade, que por sua vez, repercute nas atividades cognitivas ao longo da vida.

Um exemplo de como a educação influencia nas atividades cognitivas na terceira idade é o depoimento de Dona Dália ao falar de suas leituras atuais: *"ah, quase nada. O meu filho fala para quando eu tiver insônia para sentar e ler alguma coisa, eu até tenho aqui, mas eu começo e logo me canso, acho que é falta de costume né..."*. Além dela não ter estudado quando criança, o fato de não ter tido tempo para leituras em função do trabalho excessivo, também prejudicou as suas leituras na terceira idade.

Para Dona Orquídea, a questão da falta de estudo na infância acabou sendo diferente do que foi para Dona Violeta, pois ela teve um marido que lhe proporcionou uma vida mais ativa intelectualmente. Ela relata que sempre teve empregada doméstica, o que a permitia realizar leituras diariamente.

"Ah, eu adoro ler, qualquer tipo de leitura. Livros, revista, jornal, adoro ler [...] Adoro jogar dominó, mas ninguém lá em casa joga. Adoro também fazer palavras-cruzadas, a do jornal é a mais difícil, eu faço sempre e também jogo destas figurinhas que é igual sabe? É, memória, jogo memória com o meu netinho toda semana".

Assim, parece que as atividades cognitivas estão relacionadas com as condições econômicas, tanto atuais, quanto anteriores. Dona Flor relata *"Adoro ler também, mas só leio uma vez ou outra, porque não sobra tempo, e às vezes, quando sobra, eu to tão cansada que tenho que me esforçar demais para ler"*. Neste caso, embora a participante tenha baixa escolaridade, ela gosta de ler, mas não consegue porque ainda trabalha e fica cansada. Além disto, o fato de ter baixa escolaridade pode influenciar no esforço necessário para realizar as leituras, que é muito maior para alguém que estudou pouco.

Um bom nível de escolaridade não garante um alto nível de atividade intelectual, como no caso de Dona Gloriosa, que tem segundo grau completo e foi professora, mas que

hoje, não realiza leituras: “*Eu não gosto de ler. Eu fui professora, mas não gosto de muita leitura. Eu não tenho mais paciência. Já trabalhei trinta anos lendo, como professora e não quero mais saber de livro*”. Considerando os relatos, o nível educacional parece ser mais uma condição básica para a atividade intelectual do que uma garantia.

Quadro 2. Síntese dos temas relacionados à educação das idosas de classe econômica alta e baixa

<i>Classe Econômica Alta</i>	<i>Classe Econômica Baixa</i>
- Tiveram oportunidade de estudar, a maioria estudou;	- Não tiveram oportunidade de estudar;
- Preconceito em relação ao trabalho intelectual;	- Falta de oportunidade de estudo em decorrência de questões como: preconceito em relação ao sexo feminino e à pobreza, morar na fazenda, trabalho infantil;
- Hábitos de leitura e atividades culturais dos 30 aos 60 anos;	- Pouca leitura e atividades de lazer por causa do trabalho excessivo;
- Hábitos de leitura na terceira idade.	- Pouca leitura na terceira idade devido ao esforço excessivo para ler associado à baixa escolaridade;

4.2.3 Atividade Física e Lazer

Ao falar de atividade física no passado e atual com as idosas, alguns temas emergiram dos seus relatos, entre eles destaca-se o tema trabalho. O trabalho foi abordado pelas participantes como a principal barreira para as suas atividades de lazer. Os temas abordados neste eixo temático são dependentes da classe econômica, incluindo os tipos de atividades de lazer no passado e nos dias atuais, nível educacional, aposentadoria, gosto pela atividade física, moradia, Educação Física escolar e recomendação médica de atividade física.

Muitas das participantes tinham ocupações fisicamente desgastantes. Dona Palma, por exemplo, era funcionária de uma loja no centro de Florianópolis e relata que “*Ficava em pé o dia todo, tinha épocas que não dava nem de fazer lanches. Era o dia todo até fechar a loja. A patroa era a única que podia sentar, ficava lá nos cuidando, não nos deixava nem se encostar na parede para descansar um pouco...*”. Por isto, Dona Palma não fazia atividade física nem

tinha atividades de lazer, pois segundo ela *“Não fazia nada, não dava tempo, chegava o final de semana nós só queria descansar...”*.

Além do cansaço provocado pelo trabalho, tinha a falta de tempo, destacada por muitas participantes, como no caso de Dona Dália que trabalhou a maior parte de sua vida depois de casada em um frigorífico. O depoimento de Dona Dália torna evidente a incompatibilidade da prática de atividade física e do lazer na sua rotina:

“O último trabalho que eu tive foi numa câmara fria de um frigorífico, na desossa [...] Nesta época eu entrava às 7 horas, hora que tocava a sirene e a gente tinha que já estar com as facas amoladas e postas em cima da mesa para limpar, porque tinha os homens descarregando já. Então tinha esta hora para entrar, mas não tinha hora para sair, eu cheguei a sair meia noite e vinte, porque às vezes chegava algum caminhão [...] àqueles caminhões sem geladeira a gente era obrigado a desossar toda aquela carne e embalar para a mesma noite [...] Nós tínhamos o horário de dia e da noite, mas eles sumiam com os cartões da noite e pagavam o que estavam a fim de pagar e ninguém podia falar nada. De sair meia noite aconteceram algumas vezes, mas o horário normal era entrar às 7 da manhã e sair 8 e 30 ou 9 da noite, mas nós não podia reclamar. No sábado, a nossa saída era ao meio dia, mas teve muitos sábados em que eu saí as 8 da noite. Então foi cansativo, o meu marido, como ele cuidava só do pátio, meio dia ele ia para casa, e eu chegava esta hora da noite e ainda tinha que preparar um lanche, a janta e cuidar dos filhos. Então a minha jornada era dupla, com certeza. No frigorífico doze horas por dia era certeza, fora as outras horas de trabalho que não contavam”

No relato de Dona Dália existem alguns pontos que evidenciam a exploração no trabalho, a jornada dupla da mulher, pois mesmo o marido chegando mais cedo, ele não ajudava nas tarefas da casa. Assim, a mulher que era pobre e trabalhava acabava tendo dupla jornada, pois era sua obrigação cuidar dos filhos e do marido. Quando questionada sobre a atividade física Dona Dália respondeu em tom cansado: *“Não dava tempo né, não sobrava nada. E ainda tinha meu marido, as crianças... nós não fazia nada disso não”*. Sobre as atividades de lazer a sua resposta foi semelhante, mas em um tom de impaciência, pela obviedade da resposta: *“... não sobrava tempo. E sábado e domingo eu consertava roupa, eu passava roupa eu fazia comida para deixar preparado para segunda... muito pouco tempo eu tinha...”*. A questão que se pode perguntar a partir da descrição do relato de Dona Dália é: caso ela tivesse uma hora do seu dia para atividade física, o cansaço a permitiria fazer? Ou então, se ao invés de ela sair cinco da manhã para o trabalho, ela saísse às quatro e meia e descesse do ônibus antes do seu destino e fosse caminhando esta meia hora até o trabalho, seria isto benéfico para a sua saúde? Podemos ignorar as condições de trabalho no que diz respeito à saúde?

Foi recorrente a questão da falta de tempo, não apenas para aquelas que eram muito pobres, como para aquelas que tinham uma condição econômica regular, mas que

trabalhavam, especialmente para garantir o estudo dos filhos. O depoimento de Dona Gloriosa retrata a vida de muitas das participantes:

“Não tinha quase tempo livre. Não tinha. Eu fui ter tempo livre depois de velha. A vida é assim né? A gente quando é nova trabalha para adquirir, para dar uma vida boa para os filhos, e eu tinha filho que eu queria que se formasse, tudo. Então, eu nunca tive nada para não tirar eles dos estudo, para não perder os estudos, eu podia largar um pouco e fazer o que eu gostava, mas não, a gente quer dar de tudo de bom para os filhos. E então a gente se sacrifica, se maltrata, não vai a nada. Quando a gente pode ter uma atividade melhor a gente já está velho, já está doente. Agora, é que eu posso dizer que eu tenho a vida boa, porque os meus filhos estão tudo casados, tem onde morar, não preciso me preocupar com nada. Mas aí eu tenho medo de fazer uma viagem longe, de ficar doente, para não incomodar os outros. Quando era nova não podia e agora que posso não tenho mais saúde”.

A questão do excesso de trabalho para garantir os estudos dos filhos está presente na fala de muitas idosas. A prática de atividade física e o lazer não tiveram espaço na vida da maioria das idosas que trabalhavam, pois as prioridades recaíram sobre o futuro dos filhos, que para a maioria delas, é mais difícil do que era “antigamente”, devido ao aumento da competição no mercado de trabalho. No entanto, Dona Gloriosa fala que agora tem tempo livre, “depois de velha”, segundo ela. Assim, a maioria das idosas inicia a sua prática de atividade física quando pára de trabalhar, destacando a importância do histórico nas análises e avaliações.

Além da dificuldade de tempo para atividade física e lazer, houveram relatos de doença ligados ao trabalho. Algumas destas doenças se manifestaram durante o período no qual trabalhavam, outras, na terceira idade. Dona Margarida teve mielite transversa, o que a deixou paralisada na cama, podendo mexer apenas cabeça e braços. Ela ficou três meses no hospital e demorou onze anos para se recuperar, tendo que reaprender a andar. Quando foi questionada sobre a origem da sua doença, Dona Margarida relatou: “... não sei porque me deu isto. A única coisa que eu sei é que eu trabalhava demais. Eu acho que é porque eu trabalhava muito”. Seu depoimento sobre a rotina de trabalho na época em que foi acometida pela mielite:

“O dia inteiro, costurava o dia inteiro e de noite eu dormia duas horas, só. [...] Então... eu achei que era de tanto trabalhar que me deu isso... domingo ao invés de passear eu colocava tudo em prova, para as clientes virem provar as roupas. Todos os dias eu começava às 6 da manhã e ia até a 1 da manhã, tinha empregada para fazer a limpeza, mas tinha que ir ao mercado, fazer as compras, trabalhar e dar conta da pensão, pagar telefone, luz e água... era tudo por minha conta, sozinha. As filhas eram pequenas, estudavam né... então eu trabalhava igual a um cão danado... Hoje eu tenho uma vida de princesa, mas agora tenho estas dificuldades, quero sair não posso, tenho medo de cair...”.

Além disto, Dona Margarida relatou que o gasto que teve para tratar a sua doença foi o equivalente ao que economizou durante anos de trabalho: “O que eu ganhei em 10 anos

trabalhando eu gastei em 3 meses no hospital...”. Ela relatou que nos meses que passou no hospital o médico disse que ela não voltaria a andar: “A sorte é que eu tenho cabeça boa. Era para estar lá, jururu, mas que nada. O médico me disse que eu não ia andar mais, e eu disse: quem que disse que eu não vou andar? Ainda bem que eu não acreditei nele”.

A relação do trabalho com a doença é recorrente nos depoimentos destas idosas que trabalhavam pesado. Dona Hortênsia foi lavadeira e passadeira de roupas, trabalhava o dia todo para criar os quatro filhos:

“Ah, eu lavava muita roupa para fora e passava. Lavava tudo na mão, eu tive tendinite, as minhas mãos ficaram toda dura, depois eu operei, faz uns seis anos que eu operei a mão, porque eu não mexia os dedos, por causa do trabalho. Tinha dores horríveis [...] Eu trabalhei bastante, porque eu fui separada e tive que criar os meus filhos todos sozinha, quatro filhos [...] Ficava o dia inteiro, saía duma casa depois ia para a outra e quando chegava em casa, continuava trabalhando, porque tinha as roupas que eu lavava e passava em casa, isso sem contar as tarefas da casa, cuidar dos filhos, fazer comida... não tinha ninguém para me ajudar”

Dona Hortênsia teve que fazer a cirurgia após a aposentadoria porque mesmo com dores não podia parar de trabalhar, pois tinha que criar os filhos, ela disse ter suportado as dores até se aposentar, quando pôde fazer cirurgia.

Estas doenças associadas às condições de trabalho refletem nos problemas atuais das idosas, como no depoimento de Dona Dália: *“A câmara era muito fria também, acho que minha artrose vem daí, desde lá venho sentindo muitas dores”.*

Dona Flor, que ainda trabalha na costura, tem artrose, a qual ela atribui às suas horas de trabalho:

“A minha saúde não ta boa não, acho que ta regular. [...] Eu bati uma chapa e descobri que tenho artrose em tudo quanto é junta da mão, então eu tenho que tomar cálcio e remédio para dor, senão eu já ia ta toda alejada se não tomasse, porque eu faço muito esforço. Eu tenho que cuidar, porque a minha luta da costura é um serviço ruim, porque eu fico assim, o dia todo, só descanso quando eu to na cama, porque dá cama eu vou direto para a máquina e passo o dia inteiro [...] Se não trabalhar não tem minha querida, olha, não é fácil”.

Por outro lado, as doenças das idosas de classe econômica mais alta não foram atribuídas ao trabalho, evidenciando a diferença de classe neste aspecto. O trabalho não era pesado, e algumas delas faziam atividade física, como no caso da Dona Acácia, que morava no Rio, e fazia ginástica todos os dias. Dona Ardísia, que era dentista, também relatou ter feito atividade física com frequência: *“Eu fazia academia, só, não a tal da musculação, eu fazia aquelas aulas de aeróbica, é aeróbica né? Aqueles que a professora vai lá na frente e a gente faz como ela”.*

Estas participantes que relataram fazer atividade física foram as que relataram maior quantidade de atividades de lazer. Dona Azaléia fala que: *“Lazer para mim estava ligado a cinema, estava ligado à praia e a passear. A gente passeava muito, eu e o marido, ficava olhando as casas para planejar a nossa”*.

Dona Acácia fala que *“as minhas principais atividades de lazer era ir ao cinema, ao teatro, ler bons livros, conhecer lugares novos, isso era o que eu gostava de fazer”*. Dona Ardísia destaca que *“Como lazer eu gosto de viajar, ah, eu amo viajar, gosto muito de teatro, de cinema também, ainda gosto muito, ah, e palavras-cruzadas...”*.

Outra atividade de lazer destacada pelas idosas foi a jardinagem, como no caso de Dona Lobélia: *“Eu adoro mexer no jardim, na terra, por isto eu não saio deste apartamento. Os meus filhos acham muito grande para mim, mas eu gosto muito da casa e posso escolher como gasto minha aposentadoria”*.

As idosas com maior nível intelectual atribuem um papel fundamental à leitura, como Dona Ardísia que relatou *“Eu leio o que vier na mão, literatura, jornais, revistas, adoro ler... Agora estou lendo Saramago, é maravilhoso, eu amo ler, o Gabriel Garcia Marques, ‘Memórias de minhas putas tristes’, você iria gostar, é muito bom...”*. Estas são leituras que exigem um bom nível intelectual e foram relatadas apenas pelas idosas com alto nível educacional, reforçando as diferenças de classe.

As atividades de lazer atuais das idosas de classe econômica mais baixa e menor nível educacional são diferentes. Dona Flor, que não tem muito tempo, destaca a sua dificuldade em ter atividades de lazer:

“Adoro fazer palavras cruzadas, mas não tenho tempo... as madames vêm aqui e querem a roupa para o mesmo dia, eu não posso fazer para o mesmo dia, então tento fazer para o outro dia, viro a noite muitas vezes, e aí... elas vêm pegar às vezes duas semanas depois, parece que esquecem que pediram para ser rápida...”

Embora Dona Flor não tenha muito tempo livre, ela tira um tempo para atividade física, pois agora ela tem a aposentadoria para fechar o orçamento, que lhe permite tirar alguns horários na semana para ir à hidroginástica. Dona Flor diz que quando está muito cansada se fecha na casa para descansar:

“Antigamente eu virava as noites para fazer as encomendas das madames, hoje eu me estresso menos, de vez em quando eu paro um dia e finjo que não tem ninguém em casa [...] depois ficam perguntando onde eu estava, eu digo que saí, comprar coisas para casa, porque elas não entendem, acham que porque a gente faz costura tem que ser escrava de madame, eu mudei nisto. Antes, quando eu era mais pobre, eu me quebrava, tinha dias que eu costurava a noite toda, quando tinha os filhos pequenos. Agora, eu coloco o meu respeito, porque elas não respeitam, imagina se soubessem que eu faço hidroginástica”

Esta fala de Dona Flor reforça a representação das diferenças de classe, como se o lazer fosse algo específico às pessoas mais ricas, ou que tem o controle dos meios de produção.

A maioria das idosas que não tinha tempo para atividade física passou a praticar depois da aposentadoria, isso talvez seja acentuado pelas poucas atividades de lazer disponíveis. Como diz Dona Orquídea: “... *Antigamente eu me sentia mais cansada, era mais acomodada eu acho e também eu trabalhava. Hoje que eu não trabalho eu resolvi fazer atividade física, fazer o que né, fico o dia inteiro em casa, parada eu não posso ficar*”.

O fato de ficar o dia todo em casa fez com que Dona Orquídea procurasse atividade física. Parece ser um consenso o gosto pela atividade física, como a própria Dona Orquídea afirma: “*Se pudesse eu fazia o dia todo, eu faço porque gosto e porque eu acho que se eu me acomodar eu vou piorar*”.

O gosto pela atividade física parece independe da classe econômica, como afirma Dona Flor: “*Eu gosto de fazer, se pudesse, fazia todos os dias. Não faço por que falta tempo, às vezes eu quero fazer e não sobra tempo, eu to aqui trabalhando, chega cliente, tem roupa para entregar... eu adoro atividade física, acho muito bacana, se pudesse eu fazia sempre*”.

Dona Camélia caminha todos os dias, além de fazer ginástica e nadar nos finais de semana: “*Faço atividade física porque me sinto bem, além de que dizem que faz bem para saúde*”.

Outras participantes indicaram gostar, mas fazer principalmente por recomendação médica, como no caso da Dona Hortênsia: “*Eu faço caminhada por causa da saúde, porque o médico mandou fazer*”.

A questão do médico foi recorrente nas escolhas do tipo de atividade física praticado pelas idosas, como declara Dona Gloriosa: “*Eu agora só faço a hidro mesmo. Eu fazia ginástica, mas o médico disse que ginástica seca para mim jamais: ‘a senhora não faça ginástica seca, só dentro d’água*”.

Dona Dália sofre de insônia há 30 anos e por isto procurou fazer yoga, pois esta é uma prática conhecida por seus efeitos terapêuticos, especialmente para quem sofre de insônia, mas disse ter desistido por proibição do médico: “*Parei porque o meu médico disse que caminhada não combina com yoga, então eu tive que parar. Ele disse, olha, não tem nada a ver a yoga com a hidro, então você faz uma ou outra. Aí eu optei pela hidro*”.

Um tema que emergiu dos depoimentos foi a Educação Física na escola. Dona Ardísia relatou não gostar de esportes por causa da sua experiência nas aulas de Educação Física:

“Atividade física sempre fiz, esportes não. Nunca tive incentivo para o jogo, não conseguia aprender, porque o professor chamava de tonta e eu tinha vergonha disso. Eu era ruim, e quase nunca podia jogar [...] Quando eu fazia educação física o professor nos chamava de princesa, madame, gozava de nós”.

Fica evidente no discurso de Dona Ardísia a importância do vigor, do desempenho físico nas aulas de Educação Física da época, que era a condição básica para a participação no jogo. Dona Rosa relata:

“Eu sempre gostei de andar, eu nunca fui uma pessoa de esportes. Gosto mesmo é de andar, não sei se gostaria de esportes, porque na minha infância eu não tive oportunidade de praticar assim, aprender esportes, vôlei, basquete, estas coisas... meu problema de visão acho que também, de certa forma, me levou para a leitura, porque todo míope é tímido com coisas físicas [...] Eu não tenho como dizer se gosto de tênis, vôlei ou o que seja, porque nunca pratiquei”

Mesmo frequentando a escola regularmente, Dona Rosa não aprendeu nenhum esporte, e isto ela associa à sua vergonha com “coisas físicas”. Isto pode ser decorrente da supervalorização do desempenho nas aulas daquela época.

As idosas que relataram gostar do esporte, como Dona Camélia e Dona Orquídea, foram aquelas que não tiveram Educação Física na escola. Dona Orquídea ficava muito tempo na rua quando criança *“Ah, eu adoro, adoro, adoro fazer atividade física, adoro assim, a presença de uma árvore, subir num morro, escalar um morro, escorregar, sabe? Estas coisas assim eu gosto, eu faço isto desde criança”*. Dona Camélia conta que *“Antes de casar eu morava na praia. Nadava duas vezes ao dia, adorava. Pulava de trampolim, mergulhava...”*. É interessante o fato de que as que relataram gostar de esporte foram aquelas que não tiveram Educação Física na escola.

Talvez estas falas ajudem a entender a pouca prática de esportes na terceira idade, reforçada pela interferência do médico, que tende a estimular as idosas a fazer apenas hidroginástica e caminhada. Dona Cássia destaca o papel do esporte, *“Se desse, na minha idade, eu só fazia esporte, eu só fazia lazer, eu faria tai-chi, faria dança, natação, aí iria fazer um curso de dança de salão, porque esse negócio que é gostoso”*.

A intensidade das atividades físicas praticadas pelas idosas parece ser leve, pois muitas delas dizem que não transpiram quando fazem atividade física. Dona Jasmine complementa *“Eu fazia ginástica sabe? Aquela ginástica para idosos, uma coisa água com açúcar, eu não cansava...”*.

Quadro 3. Síntese dos temas destacados no eixo temático “atividade física e lazer” pelas idosas de classe econômica alta e baixa

<i>Classe Econômica Alta</i>	<i>Classe Econômica Baixa</i>
<i>Atividade Física e lazer no passado</i>	
- Faziam atividade física, embora a maior preocupação fosse com a casa e os filhos;	- Não praticavam atividade física devido a falta de tempo e ao cansaço provocado pelo trabalho excessivo e desgastante;
- Realizavam atividades de lazer como ir ao cinema, teatro, viajar, ler, entre outras.	- Tinham poucas atividades de lazer por causa da falta de tempo provocada pela dupla jornada de trabalho;
- Ocupações menos desgastantes e portanto, menor ocorrência de doenças ocupacionais.	- Doenças ligadas ao excesso de trabalho.
<i>Atividade Física e lazer atual</i>	
- Aumento da prática de atividade física pela falta de opções de lazer;	- Aumento da prática de atividade física pela falta de opções de lazer;
- Gostam de praticar atividade física;	- Gostam de praticar atividade física;
- Escolha da atividade física vinculada ao médico;	- Escolha da atividade física vinculada ao médico;
- Experiências negativas na Educação Física na escola que repercutem negativamente na prática esportiva.	- Não tiveram experiências de Educação Física na escola e relatam ter vontade de fazer esportes.

4.2.4 Aspectos neuropsicológicos relacionados ao envelhecimento

Este eixo temático foi elaborado a partir dos discursos das idosas sobre questões que estão ligadas aos aspectos neuropsicológicos do envelhecimento. Os temas principais do eixo temático são: memória, capacidade de solucionar problemas, a atividade mental e experiência.

Sobre a memória, existem duas representações distintas. Considerando que a pergunta foi feita com a palavra “memória” sem especificar qual, algumas idosas se referiram a memória de longo prazo e outras à memória de curto prazo. Dona Dália deixa claro estas duas possibilidades no seu depoimento:

“Olha, a minha memória pela idade que eu tenho até que ela é boa. É né, porque aquela coisa de você ir pegar uma coisa e esquecer isso todo mundo tem, eu não sei se você tem. As vezes você vai pegar uma coisa e pergunta: o que será que eu vim fazer aqui? Mas eu lembro do meu passado inteirinho, lembro tudo tudo tudo, coisas, dia por dia, minuto por minuto”.

A avaliação da memória quando se refere a eventos passados costuma ser mais positiva do que quando está relacionada com coisas pequenas e recentes. Dona Hortênsia, por exemplo, mostra esta diferença ao relatar “A minha memória não tá muito boa não sabe?

Deve estar regular, porque não está péssima nem boa. Porque às vezes eu esqueço, eu estou aqui na cozinha e vejo que não quero nada na geladeira”. No decorrer da entrevista ela comenta: *“eu me lembro de tudo, eu me lembro até dos aniversários das pessoas... as pessoas falam que eu tenho uma memória de computador”.*

Assim, parece que as queixas de memória das idosas estão mais relacionadas à dimensão ou à importância atribuída ao objeto de sua lembrança. Quando interrogada sobre a sua memória, Dona Hortência referiu-se às coisas pequenas como ir pegar alguma coisa na geladeira, mas quando estava falando sobre outros assuntos ela elogiou a sua própria memória, relatando que lembra de tudo, só que as coisas que ela relata lembrar parecem ser as mais significativas para ela.

Estas falhas de memória de curto prazo são frequentemente atribuídas à falta de atenção, pois as coisas esquecidas parecem ser menos relevantes, Dona Amarílis destaca:

“Minha memória acho que está normal. Eu esqueço muito onde está as coisas, acho que é porque eu fico sempre pensando outras coisas e não presto atenção. Então, se eu não quero esquecer eu fico tentando associar a alguma outra coisa, e as coisas que eu preciso eu sempre procuro deixar no mesmo lugar, aí eu não esqueço. Mas isso, assim, não é de hoje, sempre fui distraída”

As participantes que indicaram estes pequenos lapsos de memória os atribuíram à falta de atenção e reforçaram que isto não é exclusivo dos mais velhos. Esta falta de atenção parece estar associada com a baixa relevância daquilo que esquecem. Como fica evidente na fala de Dona Margarida:

“...ah, eu vou na geladeira, não lembro o que eu quero, volto, aí retorno, mas assim né, sempre isso sempre aconteceu. A minha filha está com 50 anos e esquece também... Mas assim, conta, compromisso eu não esqueço. É falta de atenção mesmo, que diferença vai fazer se eu não pegar o leite quando eu abrir a geladeira? Eu vou abrir ela depois e pegar o leite...”

Tanto Dona Amarílis quanto Dona Margarida atribuem as falhas de memória à falta de atenção e destacam que isto não é porque elas estão mais velhas. Dona Margarida deixa claro que se ela esquecer o que foi fazer na hora em que abre a geladeira pouca diferença vai fazer, pois ela poderá ir novamente quando sentir vontade. A questão da relevância do objeto a ser lembrado parece fundamental na lembrança dele, principalmente porque coisas mais importantes naturalmente recebem mais atenção.

Para evitar que as falhas de memória prejudiquem suas vidas, as idosas adotam estratégias como fazer listas, se organizar melhor, associar as coisas, entre outras. Além disto, as participantes que obtiveram os melhores desempenhos nos testes cognitivos foram aquelas

que demonstraram exercitar a memória. Entre elas, Dona Ardísia: “às vezes as pessoas me falam que tenho que parar um pouco, a minha cabeça não pára... não consigo, se estou em casa eu pego as palavras-cruzadas e começo... porque tenho que ficar trabalhando com a cabeça”.

Dona Azaléia também relatou exercitar a “cabeça” e fugir da rotina para não declinar a sua memória:

“A pessoa que fica ali naquela rotina, uma de coisas bestas, ah, isto bitola igual um tapa olho de cavalo, olha para frente e nunca para os lados. Isso é muito importante, eu acho que as pessoas têm que manter a cabeça sempre funcionando, por isto eu não uso máquina de calcular”.

Dona Açucena teve um desempenho nos testes de memória de trabalho e de curto prazo muito acima da média. Ela relatou que é precisa na lembrança das coisas recentes, de onde deixou as coisas, do que as pessoas falaram, mas quando se trata de acontecimentos passados e pessoas que fizeram parte da sua vida há mais tempo ela tem dificuldade de lembrar. Isto fica evidente no seu depoimento:

“me incomoda muito não lembrar direito das pessoas com quem convivi há tempos atrás, de quem fui colega... isso me incomoda. Eu lembro de coisas atuais com muita precisão, até o que você me falou há uma semana atrás, mas coisas de anos atrás eu tenho muita dificuldade de lembrar...”.

No geral, as idosas acreditam que a sua memória e capacidade de solucionar problemas está boa, especialmente por causa da experiência de vida. No entanto, Dona Gloriosa demonstra um outro tipo de representação dos velhos, pois ela, quando questionada sobre a sua memória e sua capacidade de solucionar problemas, relata:

“Ah, excelente não está não, porque uma pessoa com 79 anos né, não pode ter uma memória muito boa. Mas... na minha opinião não serve para boa, mas para regular... porque não pode eu achar boa né?”

Quando Dona Gloriosa é questionada sobre a sua capacidade de solucionar problemas, a sua resposta aponta para a mesma questão, da subestimação da capacidade dos velhos, que ela mesma faz:

“Hoje em dia quando tem alguma coisa e tem que resolver um problema às vezes eu peço um auxílio à minha filha [...] Não que eu não tenha confiança em mim mesma, mas se eu tomo a decisão sozinha, ela mora junto comigo praticamente, e se eu errar na decisão ela vai me criticar. Então, para não haver crítica, eu peço a opinião, mas se não tivesse ela perto, eu resolveria sem problema nenhum [...] Pessoa mais de idade não pode tomar decisão sozinha, não pode fazer o que quer né?”.

Este depoimento demonstra a própria idosa aceitando o preconceito, diferente das outras participantes, ao relatarem que a sua capacidade de solucionar problemas melhorou

muito com a idade. Elas disseram se sentirem mais seguras e maduras para fazer escolhas melhores, e que a experiência ajuda muito nisto. Isto fica evidente no depoimento de Dona Cássia: *“Porque quando a gente é jovem, a gente pensa que os velhos não sabem de nada, que a gente sabe tudo. Eu já fui jovem, já achei que sabia tudo, mas não é nada disso. Eu queria ter a experiência que eu tenho hoje há uns vinte anos, mas isso é impossível”*.

Dona Cássia complementa afirmando que aprendeu coisas, que ela leva desde que se curou do câncer e que acredita ser algo que todos percebem quando ficam mais velhos:

“Porque nunca me passou pela cabeça o que eu fazia da minha vida. É uma coisa que é automática, você estuda, se forma, trabalha, namora, casa, vai ser dona de casa, vai ter filho, então a gente já faz tudo pelos filhos, não precisa nem pensar, pois já estava tudo determinado... a gente poderia fazer tudo isto, mas com uma consciência diferente, mas livre, mais completa, mais bem elaborada [...] Você entra numa roda viva, é uma coisa assim, mecânica, é tudo mecânico. Você vive a vida inteira de maneira mecânica...”

Esta fala de Dona Cássia evidencia algum aprendizado que teve durante a sua vida, uma percepção diferente daquela que tinha quando jovem. Ela demonstra uma reflexão sobre a vida, sobre a alienação em que a maioria das pessoas vive. Esta reflexão sobre a alienação humana no trabalho e nas funções familiares também pode ser observada na fala anterior de Dona Azaléia ao comparar uma “rotina de coisas bestas” a um “tapa olho de cavalo”. Talvez estas falas estejam sintetizadas na fala de Dona Rosa:

“Não tem como escapar, tem um livro que fala que envelhecer sabiamente é saber administrar a suas perdas, porque elas vão existir sempre, nunca mais você é como você era aos 40 anos, eu digo no sentido do seu físico, do seu intelecto, mas o que é que você ganha? Você ganha no sentido de fazer melhores escolhas, nisto você ganha, você sabe escolher melhor o que te convém... você se torna diferente do que você era. No que diz respeito a minha visão de mundo, nossa, não tem nem comparação, eu sou mais humana, eu sou mais tolerante, porque isto é que faz a diferença na sua vida, em como você se sente e vive”.

Quadro 4. Síntese dos temas abordados no eixo temático: aspectos neuropsicológicos relacionados ao envelhecimento

Temas principais abordados pelas idosas neste eixo temático

- Auto-avaliação positiva da memória quando relacionada à coisas importantes e negativa para coisas menores;

- Importância da atenção e da relevância do que será lembrado na memória;

- Pouca importância atribuída à memória de curto prazo;

- A utilização de estratégias para não esquecer;

- As idosas que tiveram os melhores desempenhos de memória foram as que relataram exercitar as funções cognitivas através de palavras-cruzadas, leituras e evitar o uso da calculadora;

- Avaliação positiva da capacidade de solucionar problemas devido à experiência de vida;

- Subestimação da capacidade de solucionar problemas e da memória em decorrência da idade;

- Reflexões sobre a vida, experiência e envelhecimento.

DISCUSSÃO

A discussão dos resultados desta pesquisa abrange as principais questões do estudo, na seguinte ordem: características da amostra em relação à população estudada; atividade física e de lazer atual e no passado; condições de trabalho, doenças e medicamentos; depressão; relação entre estresse, depressão e prática de atividade física; relação entre desempenho cognitivo e prática de atividade física e nível de atividade intelectual; nível educacional e desempenho cognitivo; estresse, idade e memória e experiência de vida.

Primeiramente, é necessário destacar que se trata de um estudo que tem como participantes idosas residentes na comunidade, fisicamente independentes. Em geral, as participantes deste estudo apresentam algumas diferenças nas características sócio-demográficas em relação à população de mulheres idosas de Florianópolis. Isto pode ser constatado ao comparar as características sócio-demográficas das participantes deste estudo com as de outras pesquisas como as de Mazo (2003) e Benedetti (2004), que são estudos populacionais com amostra probabilística dos idosos de Florianópolis.

Mazo (2003) constatou que a maioria das mulheres idosas dos grupos de convivência é de classe econômica D (55,6%), sendo que apenas 7,1% das de classe econômica B, e tem de baixa escolaridade, pois apenas 8,1% das idosas estudaram mais de 8 anos. Benedetti (2004) encontrou resultados similares, indicando que a maior parte da população de idosos de Florianópolis apresenta baixa renda mensal e tem pouca escolaridade, sendo que a maioria estudou de um a três anos.

Estes resultados evidenciam as diferenças para a amostra desta pesquisa, onde 48% das participantes estão nas classes A e B e 52% estão distribuídas entre as classes C e D, com apenas duas participantes na classe E. Em relação à escolaridade, 40% das participantes tem no mínimo 8 anos de estudo formal, sendo que 15% destas concluíram o curso superior. Estes dados indicam que as participantes deste estudo têm melhor situação econômica e nível educacional do que a média da população de idosas de Florianópolis. Observou-se que a amostra deste estudo está igualmente dividida em relação à situação sócio-econômica, sendo

aproximadamente a metade (48%) das participantes de classe econômica A e B com mais de 8 anos de escolaridade (40%) e a outra metade (52%) de classe econômica C, D e E com menos de 8 anos de estudo (60%). Esta distribuição entre os grupos facilitou as comparações das idosas de diferentes classes econômicas.

Em relação à atividade física, a maioria das idosas pratica atividade física três ou mais vezes por semana, sendo que poucas participantes indicaram não realizar estas atividades. Mazo (2003) ao investigar o nível de atividade física nas idosas dos grupos de convivência de Florianópolis verificou que a maioria (66,2%) era ativa fisicamente. Embora o instrumento utilizado por Mazo (2003) seja diferente e as atividades físicas investigadas pela autora abrangam mais dimensões, os resultados concordam no sentido de que a maioria das idosas realiza atividade física regularmente. Estes dados destacam que há uma diferença no nível de atividade física das idosas de Florianópolis em relação às de outros estudos. Por exemplo, resultados de pesquisas realizadas em outros países, como os EUA, apontam que a maior parte da população idosa não pratica atividade física regularmente (KING, REJESKI e BUCHNER, 1998).

Benedetti (2004), ao pesquisar os programas europeus para idosos, constatou que uma diferença marcante destes programas em relação aos brasileiros é que eles funcionam como um sistema articulado, promovido, na maioria das vezes, pelas prefeituras. A autora destaca que o município de Oleiros, na Espanha, foi pioneiro no trabalho de atividade física para idosos, mas que junto a isto, os idosos contam com 9 centros de cultura, que ficam abertos de segunda a sábado, para que qualquer pessoa possa usufruir das instalações para jogar cartas, dominó, ler, ou encontrar com os amigos. Além disso, são oferecidas oficinas de memória, excursões e caminhadas. Foram construídas piscinas aquecidas, salas de ginástica onde são oferecidas aulas de ginástica, natação e yoga. Outros tipos de atendimento, médico, psicológico e assistencial também são oferecidos para os idosos, que dispõem de um ônibus específico para conduzi-los a estes centros.

Uma das possíveis explicações para a prevalência de atividade física entre as idosas na amostra investigada é o investimento das entidades governamentais brasileiras nos programas massivos de “promoção de saúde”, que colocam na atividade física a esperança de diminuir os gastos com remédios de maneira simples e econômica. A oferta de programas de atividade física aos idosos aliada a uma campanha de “promoção de estilo de vida ativo” pode ter provocado o aumento da prática de atividade física dos idosos com piores condições financeiras. Nos EUA e na Europa, existem campanhas para estimular as pessoas a fazerem atividade física, mas uma das principais diferenças, é que os idosos têm mais opções de lazer

em relação ao que têm no Brasil, pois foi verificado nos depoimentos de algumas participantes o fato de não conseguir ficar “o dia todo em casa” ou ter poucas atividades de lazer, sendo que a atividade física aparece como uma das poucas alternativas para quebrar esta rotina.

Esta carência de opções de lazer e oportunidades de convívio social aliado ao apelo dos programas de promoção de saúde parece provocar o aumento da participação das idosas em programas de atividade física de caráter massivo do tipo “ginástica para a terceira idade”. Nos países desenvolvidos, as diversas opções de lazer aliadas ao maior nível educacional da população talvez permitam aos idosos optar melhor sobre a forma com que utilizam o seu tempo livre, podendo diversificar mais as atividades.

No Brasil, os programas para os idosos têm apresentado menos opções, sendo que o enfoque é na atividade física, o que acaba se tornando uma das poucas opções para tirar os idosos de casa. Nesta pesquisa, as idosas com melhores condições sócio-econômicas tendiam a não participar de grupos de convivência, pois continuam freqüentando os espaços de lazer, convivendo com amigos e se ocupando com atividades culturais ou familiares, pois tem conservado seu papel social. Dona Azaléia é um exemplo disto, pois não freqüenta grupos de convivência porque não sente necessidade de encontrar mais pessoas e gosta das suas atividades, costuma se reunir com amigos e tem um papel ativo na família.

As idosas com boa situação financeira que têm pouco acesso às atividades culturais costumam freqüentar menos os grupos de convivência, mas tendem a praticar atividade física como uma forma de sair de casa e sentir-se bem, preservando hábitos de leitura. Algumas relataram freqüentar academias ou praticar caminhada. No entanto, as idosas com baixa escolaridade e com menor nível econômico, tendem a procurar grupos de atividade física e de convivência como forma de encontrar pessoas e se ocupar de algo. Conforme Matiello Júnior e Gonçalves (2001, p.6) denunciam: “[...] *para a grande legião de excluídos, conservam-se programas de caráter massivo com maquiagem de modernidade, proliferando inclusive pelas vias das políticas públicas [...]*”.

Os resultados evidenciaram que as idosas mais pobres tinham menos atividades de lazer do que as com melhores condições financeiras. Estes resultados evidenciam que além da natureza das atividades de lazer ser diferente, o número também o é. Estes fatores com certeza colaboraram para o aumento da prática de atividade física e engajamento em grupos de idosos por parte das mais pobres.

Outro resultado encontrado foi a mudança na prática de atividade física regular, sendo que a maioria das idosas não praticava atividade física e depois da aposentadoria passou a

praticar. Estes resultados discordam dos encontrados por Evenson et al. (2002) ao investigar a relação entre a prática de atividade física atual e no passado de mulheres em período pós-menopausa. Os pesquisadores verificaram que aquelas que não praticavam atividade física no passado foram as que continuaram sem esta prática depois da menopausa, indicando que o histórico e a prática de atividade física atual estão relacionados. Eles verificaram uma tendência geral das mulheres diminuírem a prática de atividade física em geral, especialmente os exercícios vigorosos.

Neste estudo, poucas participantes relataram ter praticado ou praticar atividades físicas vigorosas. As idosas mais pobres relataram que durante a fase em que trabalhavam, elas não tinham tempo para atividade física nem para o lazer devido ao trabalho excessivo com dupla jornada. Elas relataram ter começado a praticar atividade física depois da aposentadoria. Isto foi diferente entre as classes econômicas, pois as idosas com melhor situação financeira relataram praticar atividade física a maior parte da vida. Assim, pode-se dizer que o histórico de atividade física e de lazer das idosas está diretamente relacionado com a classe econômica e com o trabalho que exerciam no passado.

As condições de trabalho podem ser consideradas uma das razões pelas quais foi verificada associação entre histórico de atividade física e classe econômica, sendo que as idosas com pior classe econômica não praticavam atividade física regularmente ou trabalhavam pesado. Assim, a classe econômica acaba por impedir a prática de atividade física, pois as mulheres mais pobres têm que trabalhar e cuidar da casa. Esta “escolha” sobre as atividades físicas e de lazer está restrita às mulheres de classe econômica mais alta, que não têm dupla jornada de trabalho. Mesmo as mulheres de classe econômica alta que trabalhavam fora de casa, conseguiam praticar atividade física, pois tinham ocupações menos desgastantes e contavam com auxílio de empregada doméstica para cuidar da casa.

Não só a prática de atividade física voluntária era prejudicada pelas condições de trabalho, como também o lazer em geral. Nos relatos foi verificado que não apenas a falta de tempo, mas o cansaço provocado pelo trabalho excessivo dificultava as práticas de lazer. Ludmila Mourão (1999) investigou a realidade de mulheres com baixa escolaridade que trabalham como diaristas em São Paulo. Elas saem às quatro e meia da manhã e retornam às nove da noite, seis vezes por semana, além de ter que realizar suas próprias tarefas domésticas. Elas têm grande dificuldade de acesso às atividades de lazer e relatam que “o cansaço não deixa fazer outra coisa”.

Cabe questionar se a falta de atividade física é mesmo um problema para estas mulheres, pois pelo que parece a questão central, neste caso, está nas condições de trabalho.

Mesmo que estas mulheres pobres tivessem tempo para atividade física não praticariam, ou se praticassem, provavelmente obteriam resultados questionáveis. Quando se aposentam, ou começam a receber pensão do marido, estas mulheres podem diminuir um pouco as suas atividades de trabalho e buscar outras atividades, dependendo das oportunidades. Este é um dos possíveis motivos para o aumento da prática de atividade física na terceira idade. No entanto, o valor que recebem de aposentadoria força muitas das idosas a continuarem no mercado de trabalho, tendo que se submeter à horas diárias de trabalho braçal, como é o caso de algumas entrevistadas.

No Brasil, os idosos na sua maioria, em especial os mais pobres, fazem parte de uma formação social subordinada, e os valores atuais de aposentadoria não permitem uma vida confortável. Dona Flor, por exemplo, paga aluguel, precisa morar em apartamento por causa da segurança, não restando opção para ela que não seja trabalhar, pois com a aposentadoria ela pode pagar o aluguel e o condomínio, apenas. Ela poderá trabalhar até quando suas mãos agüentarem, pois estes trabalhos, como costurar, passar, lavar, fazer faxina, são fisicamente desgastantes e estão associados com o aparecimento de doenças ocupacionais (LEIGH et al., 1999).

As doenças destas mulheres parecem estar relacionadas com as suas condições de trabalho, daí a importância de conhecer a sua história. Palma (2000, p.98), citando Gadamer, destaca: “a doença está relacionada à história do indivíduo e deste com a sociedade”. Fica evidente o enfoque unilateral dos profissionais da saúde quando Dona Flor relata que às vezes tem crises de labirintite que acontecem quando ela trabalha excessivamente, mas o médico “não acha nada”, pois provavelmente ele não perguntou o quanto ela trabalha. Monteiro et al. (1998, p.91) ao discutir a relação atividade física e saúde destacam que:

“é necessário considerar o cotidiano das pessoas, muitas vezes vinculado a atividades ocupacionais que deterioram a saúde, as poucas opções de lazer determinadas por condições sócio-econômicas precárias, as estruturas familiares voltadas unicamente a própria subsistência são apenas alguns dos aspectos que limitam a relação entre o indivíduo, o exercício físico e a saúde”.

Assim, o fenômeno de saúde dos idosos deve ser compreendido dentro de uma perspectiva mais ampla. Nos estudos transversais sobre atividade física, é importante compreender que populações com baixa renda, minorias étnicas e pessoas idosas com deficiências são freqüentemente inativas, e que “nos países menos desenvolvidos, os indivíduos freqüentemente executam trabalho físico árduo e tarefas que podem acelerar deficiências, causar lesões e agravar doenças existentes” (OMS, 2005).

Um dos problemas com estas afirmações é que se tende a atribuir as doenças ao sedentarismo destes grupos e por isto procurar promover atividade física, como uma panacéia. É relevante que neste estudo a maioria das idosas pratica atividade física mais de duas vezes por semana, mas possuem muitas doenças que parecem estar mais associadas à sua história de vida, em especial, às condições de trabalho, do que à prática de atividade física atual. Estas tentativas de buscar onde está a “inatividade” parece direcionar a visão dos profissionais da área da saúde para os “fatores de risco”, ignorando as condições históricas e sociais destas pessoas.

A preocupação maior em reduzir os “fatores de risco” entre os idosos estão centradas na preocupação com a redução de gastos com remédios e assistência médica para esta população, conforme fica evidente na afirmação da OMS (2005, p.23) ao justificar a realização de atividade física: *“há importantes benefícios econômicos quando os idosos são fisicamente ativos. Os custos médicos são significativamente menores para as pessoas idosas ativas”*. Esta afirmação deixa evidente que o bem estar humano não parece constituir-se de um motivo suficiente para o governo proporcionar programas de atividades física, no entanto, esta realidade não se restringe aos idosos, pois muitas pesquisas justificam a atividade física para o trabalhador argumentando que isto aumenta a produtividade dos trabalhadores. Nas palavras de Chauí (1994, p.18): *“a degradação senil começa prematuramente com a degradação da pessoa que trabalha. Esta sociedade pragmática não desvaloriza somente o operário, mas todo o trabalhador: o médico, o professor, o esportista, o ator, o jornalista”*.

Os resultados deste estudo indicaram que não houve diferenças entre as praticantes, intermediárias e não praticantes de atividade física em relação ao número total de doenças e medicamentos utilizados. Mas em relação ao histórico de atividade física, foi verificado que as idosas que foram praticantes de atividade física utilizavam mais medicamentos que as que não praticavam ou que trabalhavam pesado. No entanto, o número de doenças apresentadas pelos grupos não foi diferente. A utilização de medicamentos pode estar relacionada à classe econômica, pois as idosas que foram praticantes de atividade física no passado são aquelas com melhor condição econômica e podem, portanto, comprar mais remédios. A evidência é que as praticantes de atividade física apresentaram uma média de doenças inferior ao número de medicamentos, enquanto que as mais pobres apresentaram uma média de doenças superior à dos medicamentos.

Em relação à depressão, foi verificado que algumas idosas apresentaram escores elevados na escala de depressão, mas não indicaram ter diagnóstico clínico do transtorno. Este dado pôde ser explicado pelos relatos das participantes, onde as mais pobres afirmaram ter

sofrido “grande tristeza”, mas nunca terem consultado um psiquiatra. Além disto, muitas idosas pobres relataram não tomar remédio para depressão e sofrer de insônia, enquanto as de classe econômica mais alta associaram a depressão ao uso de remédios e à perda de memória. Houve correlação entre dificuldade de dormir e depressão, principalmente para aquelas de classe econômica mais baixa. Isto parece estar associado ao maior uso de antidepressivos e calmantes pelas idosas de classe econômica alta, o que auxilia com que a depressão não provoque insônia, mas cause maiores danos à memória. Talvez isto explique porque a correlação entre dificuldade de dormir e nível de depressão tenha sido mais alta na classe econômica baixa.

Noronha e Andrade (2005) verificaram que os países que apresentam os piores indicadores sociais, como desigualdade de renda e baixo índice de desenvolvimento humano, são aqueles que têm as maiores desigualdades na utilização dos serviços de saúde. Lima-Costa et al. (2003) demonstraram que os idosos brasileiros com baixa renda mensal são aqueles que têm menor acesso aos serviços de saúde. No presente estudo é provável que a falta de diagnóstico clínico da depressão observado entre as idosas de classe econômica baixa esteja associada às dificuldades de assistência médica adequada.

Foi verificado que a correlação entre auto-avaliação da saúde e estresse percebido é três vezes mais alta nas idosas de classe econômica baixa. Lima-Costa, Barreto e Giatti (2002) verificaram que adultos e idosos com baixa renda utilizam menos os serviços de saúde. Esta baixa utilização dos serviços de saúde está relacionada à desigualdade social e pode, no caso das idosas deste estudo, estar provocando maior estresse.

As idosas atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) recebem atendimento e prescrições de remédio diferenciado, como parece ser o caso de Dona Dália, que embora nunca tenha consultado um psiquiatra, tomava doses excessivas de diazepam, que a médica “do postinho” havia prescrito para a sua insônia. Huf, Lopes e Rozenfeld (2000) indicam que embora os benzodiazepínicos não sejam recomendados para os idosos, são os medicamentos mais usados por estes, especialmente por aqueles das classes econômicas mais baixas e com menor nível educacional. Estes remédios são distribuídos gratuitamente nos postos de saúde, são de baixo custo financeiro, e apresentam uma vasta lista de efeitos colaterais, incluindo a insônia.

Não foi verificada relação significativa entre prática regular de atividade física e depressão, estresse e desempenho cognitivo. Esses resultados contrariam o que algumas pesquisas vêm mostrando, de que praticantes de atividade física apresentam menos depressão (MURPHY et al., 2002; FUKUKAWA et al., 2004; BARBOUR e BLUMENTHAL, 2005),

estresse (ATLANTIS et al., 2005; HARRIS et al., 2006; KRAUSE et al., 1993) e melhor desempenho cognitivo (LAMBOURNE, 2006; WEUVE et al., 2004; KRAMER, ERIKSON e COLCOMBE, 2006).

Porém, não são raros os estudos que não observaram tal relação. Kritz-Silverstein et al. (2001) verificaram em um estudo prospectivo que as relações entre atividade física e depressão embora tenham sido encontradas na primeira avaliação, não foram confirmadas em 8 anos. Os autores verificaram que os indivíduos mais deprimidos não costumam continuar em programas de atividade física, ou se engajar nestas práticas, indicando que a ordem temporal da relação é contrária ao que muitos pesquisadores sugerem a partir de dados epidemiológicos. Outros estudos também não encontraram qualquer relação entre prática de exercícios físicos e depressão (COOPER-PATRICK et al., 1997; LENNOX et al., 1990; WEYERER, 1992).

Krause et al. (1993), embora tenham encontrado relação entre atividade física e estresse, verificaram que os idosos expostos a determinados agentes estressores tendem a diminuir a frequência de atividade física. Eles demonstraram que idosos com maior suporte social realizam mais exercício físico. Estas pesquisas sugerem que quanto melhor as condições de saúde dos idosos, maiores as chances de se engajarem em programas de atividade física.

Neste estudo não foi encontrada relação entre prática de atividade física, depressão e estresse. A questão discutida anteriormente, sobre a mudança de hábitos de atividade física e a falta de opções de lazer, talvez ajude a explicar este resultado, pois as idosas deprimidas também têm se engajado nos grupos de atividade física para idosos. Isto fica evidente no caso de Dona Angélica, que é pobre e diz participar do grupo para “não fazer uma besteira”, como a única forma de se distrair. Dona Tulipa, que também é pobre e tem depressão maior, deixa claro que não iria ao grupo de atividade física se as filhas não a obrigassem, embora ela relate gostar da prática.

Verificou-se que o principal determinante do estresse percebido foi o acontecimento de eventos emocionais que ainda afetavam as participantes. Wang et al. (2001) investigaram os níveis de estresse e depressão em idosos e verificaram que aqueles expostos a muitos fatores estressantes, tais como morte de entes queridos, baixo nível sócio econômico e dependência financeira eram os que mais sofriam de depressão. Estes resultados reforçam a importância dos eventos emocionais negativos no estresse e depressão, indo ao encontro do que foi verificado no presente estudo, onde o acontecimento de problemas emocionais pareceu diferenciar as idosas em relação ao estresse e a depressão, a níveis superiores aos de

qualquer outra variável investigada neste estudo. No caso de Dona Tulipa, que apresentou o maior escore na escala de depressão, fica evidente como estes eventos emocionais afetam o estresse e a depressão das idosas. Ela perdeu o marido, é de classe econômica baixa e depende financeiramente da filha. Todos estes fatores, citados por Wang et al. (2001), interferem na depressão de Dona Tulipa, que não parece dispor dos recursos necessários para se recuperar da doença.

Em relação ao desempenho cognitivo, não foram encontradas diferenças entre as praticantes, intermediárias e não praticantes de atividade física na maioria dos domínios cognitivos. Madden et al. (1989) realizaram um estudo experimental onde foram investigados os efeitos do treinamento aeróbico em uma amostra de 85 idosos, divididos em grupo de exercício aeróbico, não aeróbico (yoga) e grupo controle (lista de espera). Após 16 semanas de treinamento, todos os idosos do grupo de exercício aeróbico aumentaram significativamente a capacidade aeróbica, no entanto, não houve nenhuma melhora no TR de atenção e memória em função deste aumento. Os autores deste estudo indicaram que as mudanças cognitivas promovidas pelo exercício sugeridas pelos estudos epidemiológicos podem ocorrer devido às diferenças nas características particulares dos grupos de ativos e sedentários.

Talvez estas diferenças nas características particulares entre praticantes e não praticantes de atividade física é que esteja aumentando as correlações entre atividade física e cognição verificada em muitos estudos. Weuve et al. (2004) verificaram que a atividade física regular está associada com melhor função cognitiva e menor declínio em mulheres idosas.

No entanto, Sturmman et al. (2005) ao investigar a mesma hipótese considerando o nível de atividade cognitiva, obteve resultados diferentes, sendo que a atividade física só esteve associada com melhor função cognitiva quando as atividades intelectuais das idosas não eram consideradas. Os pesquisadores verificaram que a atividade física sozinha não protege contra declínio cognitivo, e que provavelmente, a maioria dos estudos que demonstrou tal relação, foi porque não considerou a prática de atividades intelectualmente estimulantes realizadas pelos idosos. Foi constatado que os idosos mais ativos fisicamente são aqueles com maior escolaridade e que participam de mais atividades cognitivas.

Outros estudos também não verificaram associação significativa entre prática de atividade física e desempenho cognitivo, mas constataram que quanto mais atividades cognitivas os idosos estão engajados, menor o risco de declínio cognitivo (FRATIGLIONI et al., 2004; VERGHESE et al., 2006; WANG et al., 2006).

Hultsch et al. (1999) demonstraram que indivíduos que participam em desafios intelectuais envolvendo novos tipos de processamento de informação, como aprender novos

idiomas e jogos, são menos suscetíveis a sofrerem declínio cognitivo. Wilson et al. (2002) demonstraram através de um estudo longitudinal que aqueles engajados em atividades como ler jornais, revistas e ir a museus, têm um risco reduzido em desenvolver a doença de Alzheimer. Stanovich e Cunningham (1992) descobriram uma relação entre o tempo gasto em ler livros e outros materiais, e o desempenho em medidas de compreensão de leitura.

Poucas idosas indicaram praticar jogos que estimulem a cognição e, entre as modalidades de atividade física, nenhuma relatou praticar esportes, com exceção do Tai-chi-chuan e da natação. Isto parece ter ocorrido por dois motivos principais: as experiências negativas na Educação Física na escola e as recomendações médicas, que limitam a prática de atividade física das idosas à caminhada e hidroginástica.

Considerando que participar de atividades cognitivamente estimulantes e prazerosas é positivo para a função cognitiva, por que não pensar em oferecer outras modalidades para os idosos? Por que não oportunizar a aprendizagem de esportes para a terceira idade ou atividades físicas desafiadoras, que promovam novos estímulos e reforcem que a aprendizagem é possível em todas as idades? É realmente proveitoso utilizar a atividade física como uma espécie de remédio, que os médicos recomendam o tipo e a dose sem considerar se a pessoa se sente mais ou menos feliz ao ingerir?

A falta de preocupação em proporcionar atividades físicas mais prazerosas e estimulantes pode ser constatada em alguns manuais de atividade física, como o divulgado pelo consulado de aptidão física, saúde e esportes de Michigan (LAMPMAN, 2002). Neste documento existe um conjunto de recomendações para os profissionais da saúde em relação à atividade física. Todas as recomendações enfatizam os benefícios da atividade física, dizendo que os gastos são menores quando os idosos são fisicamente ativos e por isto os profissionais devem: 1) ter conhecimento dos benefícios da atividade física; 2) encorajar os idosos a praticarem atividade física; 3) ser ativos fisicamente para “dar exemplo”; 4) advogar fortemente em favor da atividade física. Entre as recomendações, não havia nenhuma alertando os profissionais para pensar em intervenções criativas, em formas de tornar a atividade física mais prazerosa ou mais adequada à realidade social da população.

Por isto, é preciso pensar em novas formas de intervir sem perder de vista a realidade histórica e social dos idosos, conforme Boghossian (1999, p.99) destaca:

Explorar estas possibilidades e propor novas práticas é tarefa imprescindível. Demanda buscar formas criativas de intervenção a partir da realidade social e cultural das comunidades, famílias e indivíduos. Pensamos que uma de suas metas é fazer possível uma elaboração da revolta em ação transformadora, ação política e

solidária, em cuidados mútuos e sobretudo em respeito às vivências e expressões culturais de cada grupo.

Entre as correlações foi verificado que as principais variáveis relacionadas com a memória de trabalho foram: o estresse percebido, a idade e o nível de atividade intelectual. Ao realizar as correlações parciais destas variáveis com a memória de trabalho, não foram encontradas mudanças nos coeficientes, indicando que estas correlações são independentes. Assim, o estresse percebido respondeu por 14% da variância da memória de trabalho, a idade respondeu por 16% e o nível de atividade intelectual respondeu por 32% da variância da acurácia de memória de trabalho. Estes resultados indicam que a idade pode influenciar na memória de trabalho, mas que o nível de atividade intelectual responde pelo dobro da variância nesta variável. Assim, sugere-se que qualquer possível déficit da idade poderia ser amenizado por uma maior atividade intelectual e menor nível de estresse.

Estes resultados estão de acordo com a hipótese de que o excesso de cortisol gerado pelo estresse excessivo pode lesar as células do hipocampo e desta forma prejudicar a memória (McLULLICH et al., 2005; WOLF et al., 2005). No entanto, é importante destacar que o coeficiente de correlação encontrado não é suficiente para explicar a maior parte da variação no desempenho de memória das idosas.

A correlação do desempenho cognitivo com a idade indica que a hipótese de que a memória de trabalho diminui com a idade pode estar correta (MATTAY et al., 2006), mas da mesma forma que o estresse, ela explica apenas uma parte da variação no desempenho de memória de trabalho. Além da memória, o tempo de reação apresentou correlação com a idade, indicando que quanto maior a idade, mais lenta é a resposta ao estímulo visual.

Uma análise apressada deste resultado só viria a reforçar o preconceito contra este grupo etário, desconsiderando os aspectos sociais relacionados com os “declínios” verificados. O uso de testes classificatórios, fundamentados na velocidade e rendimento ganham força sustentados pela ótica capitalista da produtividade. Estes testes, em diversas ocasiões, aumentaram o preconceito com os idosos, julgando-os como lentos, desde o Fordismo e Taylorismo, onde se reforçava a velocidade como qualidade humana fundamental, para servir aos interesses do modo de produção capitalista (SIMMS, 2004).

Os resultados do presente estudo evidenciam que o nível de atividade intelectual foi determinante no desempenho cognitivo nas tarefas mais complexas, bem como na capacidade cognitiva geral. O nível de atividade intelectual desta pesquisa engloba variáveis como escolaridade, ocupação e leitura no passado, tipo e frequência de leitura semanal e a realização de jogos. Este nível de atividade intelectual apresentou maior relação com o

desempenho e com a capacidade cognitiva geral do que a escolaridade sozinha, indicando que além do nível educacional, as atividades cognitivas podem influenciar na função cognitiva das idosas.

Algumas pesquisas demonstram que o nível educacional influencia positivamente na longevidade, sendo que as pessoas que com maior escolaridade vivem mais e melhor (LLERAS-MUNEY, 2005; ZAJACOVA, 2006) além de ter menor risco de desenvolver demência (EVANS et al., 1997). Springer et al. (2005) verificaram que a ativação cerebral de idosos durante a realização de uma tarefa de memória de trabalho é diferente para aqueles com maior escolaridade, que demonstram maior atividade no lobo frontal durante este tipo de teste. Os autores sugerem que a escolaridade protege a função cognitiva auxiliando no desenvolvimento de uma rede neural auxiliar.

Foi constatado que o nível educacional das idosas depende da classe econômica delas enquanto jovens, pois as mais pobres tiveram que trabalhar desde cedo e por isto não estudaram. Os motivos pelos quais muitas idosas não estudaram ficam evidentes nos casos de Dona Violeta, Dona Dália e Dona Orquídea. Questões como preconceito, pobreza e trabalho impediram muitas idosas de freqüentar a escola e isto pareceu repercutir na sua vida e na realização de atividades intelectuais. As idosas que não puderam estudar são aquelas com menos hábitos de leitura, ou de realização de atividades intelectuais.

As participantes que apresentaram os maiores escores de atividade intelectual foram aquelas com melhor condição financeira e escolaridade, que não tinham muitos obstáculos para a realização destas atividades. As participantes que estudaram menos, além de terem que se esforçar mais para realizar as leituras, tinham uma situação financeira complicada, tendo pouco tempo para as atividades. O nível de leitura parece seguir o padrão do passado, sendo dependente do nível educacional, até porque para sentir prazer em ler qualquer pessoa precisa ter boa fluência verbal.

Aleey, Suthers e Crimmins (2007) ao investigar se o nível educacional está relacionado com menor declínio cognitivo verificaram que embora os idosos com maior escolaridade apresentem melhor desempenho cognitivo, eles também declinaram esta capacidade. Alguns pontos são importantes neste estudo: o primeiro deles é a diferença cultural, pois os participantes são americanos e estudaram em média 11,1 anos ($s=3,5$). Mais da metade dos participantes tem acima de 10 anos de escolaridade. Mas a questão mais importante é que o declínio cognitivo esteve presente em ambos os grupos e foi avaliado através de testes de memória verbal, como se esta fosse uma medida de capacidade cognitiva geral. Assim, o declínio cognitivo ao que os autores se referem é a redução da memória verbal

de trabalho e de curto prazo e não da capacidade cognitiva geral, como eles parecem se referir.

Thompson (1992) argumenta que a memória de curta duração diminui naturalmente com o envelhecimento, mas que a memória de longo prazo para acontecimentos, pessoas e coisas importantes permanece intacta. O autor atribui esta redução de memória de curto prazo ao aumento do número de lembranças dos mais velhos, que obriga a memória de curta duração a se tornar mais seletiva com coisas menos importantes. Talvez se esteja utilizando testes inadequados para avaliar o que é um bom funcionamento cognitivo, pois parece que na maioria das vezes, os testes conseguem avaliar coisas que são irrelevantes para os idosos.

Embora o presente estudo tenha se utilizado destes testes, foi verificado que as idosas não atribuem a mesma importância que os pesquisadores para a memória de curto prazo. A falta de coerência entre o que os pesquisadores mensuram e aquilo que é realmente importante para os idosos fica evidente também no estudo de Fabre et al. (1999), ao realizar uma pesquisa experimental sobre a qualidade de vida de idosos antes e depois de programas de treinamento aeróbico e/ou mental. Os resultados indicaram que ambos os grupos melhoraram os escores de memória de trabalho, no entanto, todos os participantes do estudo relataram não estar satisfeitos com as melhoras em termos de qualidade de vida, indicando que os aumentos “objetivos” de memória que eles tiveram não exerceram impacto algum na sua vida.

O relato de Dona Margarida sobre a sua memória de curto prazo denuncia isto, indicando que a relevância daquilo que deve ser lembrado influencia na memória, porque recebe maior ou menor atenção: “[...] *que diferença vai fazer se eu não pegar o leite quando eu abrir a geladeira? Eu vou abrir ela depois e pegar o leite*”. Além disto, Dona Hortênsia deixa clara esta contradição, ora dizendo que sua memória não está boa ao se referir às coisas pequenas, ora afirmando que “parece um computador” se referindo às datas de aniversário e coisas importantes para ela.

Dona Açucena apresenta o padrão de memória contrário ao da maioria das idosas. Ela teve um excelente desempenho nos testes de memória de trabalho e memória de curto prazo, mas se queixou da sua memória de longo prazo, dizendo que não consegue lembrar a maioria das coisas importantes que aconteceram com ela há mais tempo e que esquece as pessoas com quem conviveu, relatando que isto a incomoda muito. Estes resultados ajudam a confirmar a idéia de Thompson (1992) de que à medida que aumenta o número de experiências de vida e coisas importantes para lembrar a memória de curta duração tende a se tornar mais seletiva. Assim, isto não seria necessariamente algo ruim para os idosos, mas natural, sendo mais

importante enfatizar o que eles ganham neste processo, no sentido de experiência de vida, de história.

Kolev, Falkenstein e Yordanova (2006) ao investigar os efeitos da idade no tempo de reação de escolha e no processamento cerebral (ERPs/RRPs) verificaram que os idosos embora apresentassem respostas motoras mais lentas, tinham uma latência de resposta motora maior e cometiam menos erros que os mais jovens. Estes resultados sugerem que a lentificação do tempo de reação dos idosos aconteça em função do aumento do limiar de ativação cerebral da resposta motora, que é um indício de maior elaboração cerebral da resposta e não processamento cerebral mais lento. Os autores concluem afirmando que os idosos são prejudicados em testes neuropsicológicos que dependem exclusivamente de velocidade, mas que ganham no sentido de fazer melhores escolhas, da elaboração e do acerto.

A capacidade cognitiva geral, no presente estudo, apresentou maiores correlações com a acurácia das respostas e não com o tempo de reação, apontando que o número de acertos parece estar associado de forma mais consistente com o *status* cognitivo das idosas do que a velocidade em si (TR).

As falas das idosas em relação a sua capacidade de solucionar problemas estão de acordo com as conclusões de Kolev, Falkenstein e Yordanova (2006), pois elas relatam que se sentem mais capazes de tomar decisões por causa da experiência que adquiriram durante a vida, e que quando jovens, eram mais apressadas, mais “mecânicas”. Estes resultados parecem apontar novas maneiras de ver a capacidade cognitiva dos idosos, na tentativa de não valorizar apenas o que é possível mensurar.

A auto-avaliação da capacidade de solucionar problemas foi positiva, e reforçada pelas falas de que “a experiência ajuda muito” a tomar melhores decisões. Houve correlação da auto-avaliação da capacidade de solucionar problemas com a classe econômica, renda mensal, escolaridade e nível de atividade intelectual. A maior correlação foi entre auto-avaliação da capacidade de solucionar problemas e nível de atividade intelectual, que engloba a escolaridade. Estes resultados indicam que a capacidade de solucionar problemas está ligada a algo mais do que a experiência de vida, mas também com os recursos que estas idosas dispõem para resolver as coisas. Talvez por isto a maioria dos relatos sobre este assunto foi feito por idosas com alta escolaridade.

Os relatos de Dona Gloriosa sobre a sua memória e capacidade de solucionar problemas denunciam as questões ligadas ao preconceito contra os idosos, propagado muitas vezes pelas pesquisas que procuram mostrar os “declínios” associados ao envelhecimento.

Dona Gloriosa comenta que ela até tomaria as decisões sozinha, que se sente capaz e com experiência, mas que a filha a critica dizendo que velhos não podem tomar decisões sozinhos, o que a própria Dona Gloriosa aceita como verdade, dizendo: “... *pessoa de mais idade não pode tomar decisão sozinha, fazer o que quer né?*”. Bosi (1994) enfatiza que não é apenas o idoso pobre sofre com o preconceito, mas que o idoso rico também, à medida que é tido como alguém “lento”, “caro”, “incapaz de decidir com clareza”. Como os idosos não estão mais no mercado de trabalho por serem considerados “caros” e “lentos”, interessa, ao modo de produção atual, excluí-los da sociedade (SIMMS, 2004).

O histórico de atividade física não pareceu estar associado à depressão, estresse e desempenho cognitivo. Nenhuma variável relacionada à atividade física pareceu ter qualquer associação com as variáveis de estudo. Estes resultados dão suporte à hipótese levantada por Madden et al. (1989) ao sugerir que a origem das diferenças no desempenho cognitivo encontrada em muitos estudos epidemiológicos seja gerada por diferenças nas características dos grupos de pessoas que praticam e não praticam atividade física. Estas características, no caso dos estudos sobre a função cognitiva dos idosos, estão relacionadas ao nível de atividade intelectual, como sugere Sturmman et al. (2005).

A situação financeira das idosas não pareceu ter uma influência direta sobre o estresse, a depressão e desempenho cognitivo. Schramm e Castiel (1992) afirmam que não é possível que variáveis pertencentes ao nível macro social, como classe social, tenham uma relação causal com agravos específicos ao nível micro social (individual, como o desempenho cognitivo). Os autores sugerem a existência de níveis intermediários de análise. Neste estudo, este nível intermediário pareceu ser a atividade intelectual, que é dependente da escolaridade e das condições de vida. Nos relatos das participantes, fica claro que só estudaram aquelas que tiveram as condições sócio-econômicas necessárias na época, e que as atividades cognitivas estão relacionadas com as condições de vida, incluindo a família, o trabalho e o nível educacional que permite maior facilidade na realização destas atividades.

É possível que exista relação entre atividade física, estresse, depressão e desempenho cognitivo, no entanto, os resultados levam a repensar como os fatores históricos, sociais e econômicos interferem nesta relação. Em síntese, esta discussão permitiu observar alguns pontos principais. A maioria dos estudos que verificou relação entre atividade física, estresse, depressão e desempenho cognitivo o fez em uma população onde as pessoas que praticam atividade física são aquelas que têm melhor situação financeira e maior escolaridade.

Nos estudos internacionais, os idosos que praticam atividade física são aqueles que sempre praticaram (EVENSON et al., 2002), sendo que nesta pesquisa, a maioria das idosas

passou a praticar atividade física depois da aposentadoria. Não foi verificada diferença na situação econômica, na escolaridade e nas atividades intelectuais de praticantes, intermediárias e não praticantes de atividade física. Talvez por isto, não tenham sido encontradas diferenças no estresse, depressão e desempenho cognitivo entre praticantes, intermediárias e não praticantes de atividade física, o que reforça a hipótese de que a associação entre atividade física e tais fatores neuropsicológicos tenha sido verificada, em muitas pesquisas, graças às diferenças nas características dos grupos, tais como classe econômica e escolaridade. O contexto econômico e social específico das participantes do presente estudo impediu encontrar esta relação, indicando que a atividade física, sozinha, não é determinante no nível de estresse, depressão e desempenho cognitivo.

5 CONCLUSÕES

*“Certeza é o chão de um imóvel
Prefiro as pernas que me movimentam”
Nando Reis*

Os resultados encontrados neste estudo, em conjunto com a literatura revisada permitiram algumas conclusões com base nos objetivos propostos:

As idosas participantes deste estudo apresentam um melhor nível sócio-econômico e educacional em relação à população de idosos de Florianópolis. A auto-avaliação da saúde, da memória e da capacidade de solucionar problemas das idosas é positiva. A maioria das idosas pratica atividade física regularmente, mas não praticava no passado, principalmente por causa das atividades ocupacionais. Não foi verificada associação entre prática de atividade física atual e classe econômica, no entanto, foi constatado que as idosas que praticavam atividade física no passado apresentaram maior renda mensal e classe econômica em relação as que não praticavam ou trabalhavam pesado.

A prática de atividade física não se mostrou determinante no estresse, depressão e no desempenho cognitivo. Foi constatado que a ocorrência de problemas emocionais é capaz de diferenciar o estresse percebido e o nível de depressão das idosas, não havendo interação destes com a atividade física.

O histórico de atividade física, nesta amostra, não está relacionado com o estresse, depressão e desempenho cognitivo.

O nível de atividade intelectual foi determinante na capacidade cognitiva e na acurácia do desempenho cognitivo nas tarefas de memória de trabalho, memória de curto prazo e tempo de reação de escolha.

Não foram verificadas interações entre a prática de atividade física atual e no passado e nível de atividade intelectual.

Os depoimentos das idosas permitiram observar diferenças nas representações das idosas de classe econômica alta e baixa em relação à depressão, educação, saúde, atividade física e lazer e aspectos neuropsicológicos relacionados ao envelhecimento. Foi verificado que existe uma mudança na prática de atividade física depois da aposentadoria, sendo que a

maioria das idosas começa a praticar atividade física como forma de ocupar o tempo livre, devido às poucas oportunidades de lazer disponíveis.

Com base nestes resultados, é possível negar o pressuposto teórico que fundamentou este estudo, no qual era sugerido que as idosas praticantes de atividade física regular com maior nível de atividade intelectual apresentariam menor nível de estresse percebido e depressão e melhor desempenho cognitivo, sendo estas as que teriam melhores condições de vida e nível sócio-econômico. Além disto, era esperado que o histórico de atividade física fosse coerente com a prática de atividade física atual, sendo que a relação entre estresse, depressão e desempenho cognitivo seria dependente de ambos.

Os resultados que levaram a negar o pressuposto teórico estão relacionados às diferenças na realidade social das participantes desta pesquisa que é diferente da investigada em muitos estudos. Isto pôde ser compreendido a partir dos depoimentos das idosas, auxiliando na interpretação dos dados analisados estatisticamente e ajudando a esclarecer a origem das diferenças dos resultados deste estudo em relação ao que foi demonstrado nos artigos internacionais da área. A diferença principal das idosas desta pesquisa é que as praticantes de atividade física não se diferenciavam das intermediárias e não praticantes em relação à classe econômica e nível de atividade intelectual. Este é um resultado peculiar, pois o que se observou em muitos outros estudos é que as pessoas que praticam atividade física costumam ter melhores condições financeiras e maior escolaridade.

O nível de atividade intelectual incluiu a escolaridade e a realização de atividades que estimulem a cognição. A escolaridade pareceu ser dependente do nível sócio-econômico na infância, além de ser fundamental no nível de atividade intelectual. A maioria das idosas praticam atividade física três ou mais vezes por semana, independente da classe econômica e da escolaridade. No passado, a maioria das participantes deste estudo não praticava nenhum tipo de atividade física, mas depois da aposentadoria, passaram a praticar, principalmente devido às poucas opções de lazer oferecidas para os idosos.

A falta de acesso às atividades de lazer, bem como a baixa oferta de atividades intelectualmente estimulantes pode ter colaborado para que muitas idosas praticassem atividade física. Cabe ressaltar que, apesar das dificuldades, existem programas para idosos que trazem um enfoque mais global, como o Grupo de Estudos da Terceira Idade (GETI), do CEFID-UDESC, grupo este que promove uma série de atividades físicas e de lazer, incluindo: informática, cantoterapia, dança de salão, yoga, natação, hidroginástica e musculação. Embora existam iniciativas como esta para promover atividades para a população idosa, é importante

destacar que estas ainda são escassas perto do grande contingente de idosos que necessitam ser atendidos.

Foi constatado que a auto-avaliação da saúde está relacionada com o estresse percebido, sendo esta maior entre as idosas de classe econômica baixa, principalmente por causa da desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Observou-se correlação memória de trabalho e estresse, idade, escolaridade e nível de atividade intelectual. Destes, a escolaridade e o nível de atividade intelectual apresentaram os maiores coeficientes de correlação, indicando que o nível de atividade intelectual foi responsável pela maior parte da variância na memória de trabalho com coeficiente superior aos do estresse e da idade juntos.

As idosas não atribuíram muita importância para a memória de trabalho, relatando fatos que ilustram o quanto um leve declínio desta função não interfere no seu cotidiano. Muitas idosas destacam a importância da experiência de vida, e como isto trouxe benefícios a elas, no sentido de fazerem melhores escolhas, de se sentirem mais calmas e maduras, de ter aprendido a viver a vida de maneira menos “mecânica” e apressada.

Os resultados desta pesquisa suscitam alguns questionamentos e indagações sobre a relação atividade física e saúde na terceira idade. O fato de não encontrar diferenças no estresse, na depressão e no desempenho cognitivo das idosas que praticam e não praticam atividade física aponta para a complexidade do fenômeno, indicando que outros fatores importantes na relação “atividade física e saúde” podem não estar sendo considerados em muitas pesquisas. A constatação de que acontecimentos negativos são capazes de diferenciar o nível de estresse e depressão das idosas de forma mais significativa que a atividade física possibilita questionar os diversos estudos sobre esta temática que não consideram esta variável.

Não se pretende aqui afirmar que a atividade física não está relacionada com os aspectos neuropsicológicos das idosas, apenas evidencia-se a complexidade da relação que não pode conferir a atividade física uma capacidade “produtora” de saúde. Estes resultados vêm a destacar o conteúdo ideológico presente na maioria dos estudos que demonstram a atividade física a principal determinante da saúde, mascarando a problemática histórica e social dos idosos brasileiros, fazendo com que sejam simplificadas as ações necessárias na promoção de saúde para esta população.

As possibilidades apontadas nesta pesquisa e os questionamentos feitos a partir destes resultados direcionam o estudo a uma problemática mais ampla, em um contexto sócio-econômico específico, que valoriza o produto, o lucro, relegando o ser humano a um papel secundário. Os problemas sociais enfrentados pelos idosos não deixam de ser um reflexo de uma sociabilidade regida pelo capital, onde pessoas que não trabalham, não têm valor.

A visão utilitarista da atividade física fez com que os esforços se direcionassem na tentativa de legitimá-la e não de aperfeiçoar as suas diversas manifestações. Considerando o atual contexto sócio-econômico seria frustrante depositar na atividade física a esperança de “cura para todos os males”. Entretanto, pelas suas diversas possibilidades na esfera da saúde, a ênfase deve recair sobre a criação de novas práticas e propostas, que redirecionem constantemente as pesquisas e intervenções por meio do questionamento e diálogo com a realidade social. Pesquisa, nas palavras de Minayo (2004, p.23) *“é uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados”*.

REFERÊNCIAS

ACSM - American College of Sports Medicine. Position statement on the recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining fitness in healthy adults. **Medicine of Science Sports**, v.10, p.7-10, 1978.

ACSM - American College of Sports Medicine. **Guidelines for Exercise Testing and Prescription**. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990.

ACSM - American College of Sports Medicine. **ACSM's guidelines for exercise testing and prescription**. 6 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.

ALLEY, D; SUTHERS, K; CRIMMINS, E. Education and Cognitive Decline in Older Americans. **Research on Aging**, v.29, n.1, p.73-94, 2007.

ALMEIDA, O.P; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivo Neuropsiquiatria**, v.57, n.2-B, p.421-426, 1999.

ANDRADE, A. **Ocorrência e controle subjetivo do stress na percepção de bancários ativos e sedentários; a importância do sujeito na relação “atividade física e saúde”**. 2001. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EMPRESAS DE PESQUISA – ANEP. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo: ANEP, 2000. Disponível em: www.anep.org.br/cceb.

ARAÚJO, T.C.N; ALVES, M.I.C. Perfil da população idosa no Brasil. **Textos Envelhecimento**, v.3, 2000.

ATLANTIS, E; CHOW CHIN-MOI; KIRBY, A; FIATARONE, S. An effective exercise-based intervention for improving mental health and quality of life measures: a randomized controlled trial. **Preventive medicine**, v. 39, n.2, p.424-434, 2005.

BAGRICHEVSKY, M; PALMA, A; ESTEVÃO, A; DA ROS, M. **A Saúde em Debate na Educação Física – volume 2**. Blumenau: Nova Letra, 2006. 240p.

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 5ed. Rev.Ampl. Florianópolis: UFSC, 2002. 340p.

BARBOUR, K.A; BLUMENTHAL, J.A. Exercise training and depression in older adults. **Neurobiology of Aging**, v.26S, p.S119-S123, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BASSO, M.R; BORNSTEIN, R.A. Relative Memory Deficits in Recurrent Versus First-Episode Major Depression on a Word-List Learning Task. **Neuropsychology**, v.13, n.4, p.557-563, 1999.

BEAR, M.F; CONNORS, B.W; PARADISO, M. A. **Neurociências, desvendando o sistema nervoso**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BEAUVOIR, S.D. **A velhice**. Tradução: Maria Helena Franco Martins. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1990.

BERTOLUCCI, P.H.F. et al. O mini exame do estado mental: impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v.52, p.1-7, 1994.

BENEDETTI, T.R. **Atividade Física: Uma Perspectiva de Promoção da Saúde do Idoso no Município de Florianópolis**. 2004. 220f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

BIDDLE, S; MURTRIE, N; MURTIE, N. **Psychology of Physical Activity: Determinants, well-being and Interventions**. Routledge, 2001.

BLUMENTHAL, J.A; BABYAK, M; MOORE, K; CRAIGHEAD, W.E; HERMAN, S; KHATRI, P. Et al. Effects of exercise training on older adults with major depression. **Archives of Internal Medicine**, v.159, p.2349-56, 1999.

BOGHOSSIAN, C.O. **Vivências de violência em Vigário Geral: Experiência de Gerações**. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BOLLINI, A.M; WALKER, E.F; HAMANN S; KESTLER L. The influence of perceived control and locus of control on the cortisol and subjective responses to stress. **Biological psychology**, v. 67, n.3, p. 245-260, 2004.

BOSI, Ecléa. **Memória e Sociedade: Lembranças dos Velhos**. 3ed. São Paulo: Campanhia das Letras, 1994.

BURCKE Heather M; DAVIS M.C; OTTE C; MOHR D.C. Depression and cortisol responses to psychological stress : A meta-analysis. **Psychoneuroendocrinology**, v. 30, n.9, p. 846-856, 2005.

BREILH, J. **Epidemiología crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.

BREILH, J. Las ciencias del deporte en la humanizacion de la vida: un movimiento emancipador. In: XIV Congreso Brasileño de Ciencias del Deporte y I Congresso Internacional de Ciencias del Deporte. **Conferencia de Apertura al Congreso**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 5 de Septiembre, 2005.

BRUCKI, Sonia M.D; NITRINI, R; CARAMELLI, P; BERTOLUCCI, P.H.F; OKAMOTO, I. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p.777-781, 2003.

CARVALHO, T. *et. al.* Posição Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v.2, n. 4, out./dez., p. 69 – 92, 1996.

CASTIEL, L.D. O estresse na Pesquisa Epidemiológica: o Desgaste dos Modelos de Explicação Coletiva do Processo Saúde-Doença. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.15, p.103-120, 2005.

CASTIEL, L.D; VASCONCELLOS-SILVA, P.R. **A noção ‘estilo de vida’ em promoção de saúde: um exercício crítico de sensibilidade epistemológica**. In: BAGRICHEVSKY, M; PALMA, A; ESTEVÃO, A; DA ROS, M. A Saúde em Debate na Educação Física – volume 2. Blumenau: Nova Letra, 2006. 240p.

CHEIK, N.C; REIS, I.T; HEREDIA, R.A.G; VENTURA, S; ANTUNES, H.K.M; MELLO, M.T. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.11, n.2, p.41-47, 2003.

CHAIMOWICZ, Flávio. Health of the Brazilian elderly population on the eve of the 21st century: current problems, forecasts and alternatives. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p.184-200, 1997.

CHAUÍ, M. Os trabalhos da memória. In: BOSI, Ecléa. **Memória e Sociedade: Lembranças dos Velhos**. 3ed. São Paulo: Campanhia das Letras, 1994.

CHRISTENSEN, H; KORTEN, A; JORM, A.F; HENDERSON, A.S; SCOTT, R; MACHINNON, A.J. Activity levels and cognitive functioning in an elderly community sample. **Age and Ageing**, v.25, p.72-80, 1996.

COHEN, S; KARMACK, T; MERMELSTEINM, R. A Global Measure of Perceived Stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v.24, n.4, p.385-396, 1983.

COHEN, S; WILLIAMSOM, G.M. Perceived Stress in a Probability Sample of United States. In: SPACAPAN, S; OSKAMP, S. (eds). **The Social Psychology of Health**. Newbury Park, CA: Sage, 1988.

COOLICAN, H. **Research Methods and Statistics in Psychology**. 4 ed. London: Bookpoint Ltd., 2004.

COLLIE A, MARUFF P, DARBY DG. The effects of practice on cognitive test cognitive impairment. **Neurology**. v.56, n.11, p.1533-8, 2001.

COLLIE A; MARUFF P; DARBY DG; MCSTEPHEN M. The effects of practice on the cognitive test performance of neurologically normal individuals assessed at brief test-retest intervals. **Journal of International Neuropsychology Society**, v.9, p.419-28, 2003.

COOPER-PATRICK L; FORD D. E; MEAD L. A; CHANG P. P; KLAG M. J. Exercise and depression in midlife : A prospective study. **American Journal of Public Health**, v.87, n.4, p.670-673, 1997.

DALEY, A.J; MAYNARD, I.W. Preferred exercise mode and affective responses in physically active adults. **Psychology of Sport and Exercise**, v.4, p. 347-356, 2003.

DANCEY, C.P; REIDY, J. **Statistics without maths for Psychology**. 3 ed. Edinburgh: Pearson Education Limited, 2004.

DARBY D, MARUFF P, COLLIE A, MCSTEPHEN M. Mild cognitive impairment can performance of neurologically normal individuals at brief test-retest intervals. **Journal of the International Neuropsychological Society**, v.9, p.419-428, 2003.

DARBY, D. Mild cognitive impairment can be detected by multiple assessments in a single day. In: VELLAS, E; GRUNDMAN, A; FELDMAN, M.C; FITTEN, T; WINGBLAD, V.L; GIACOBINI, R. (Eds). **Research and practice in alzheimer's disease vol 8**. New York: Springer Publishing Company, 2004.

DAVIDSON, R.J. et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. **Psychosomatic medicine**, v.65, p.564-570, 2003.

DAVIDSON, R.J. et al. Depression: Perspectives from affective Neuroscience. **Annual Reviews Psychology**, v.53, p.545-574, 2002.

DEMO, P. **Introdução à Metodologia da Ciência**. 2ed. São Paulo: Ed. Atlas, 1987.

DUSTMAN, R.E.; EMMERSON, R.Y.; RUHLING, R.O.; SHEARER, D.E.; STEUNHAUS, L.A., JOHNSON, S.C.; BONEKAT, H.W. AND SHIGEOKA, J.W. Age and fitness effects on EEG, ERPs, visual sensitivity and cognition. **Neurobiology of Aging**, v.11, p.193-200, 1990.

EVANS, D.A; HERBERT, L.E; BECKETT, L.A; SCHERR, P.A; ALBERT, M.S; CHOWN, M; PILGRIM, D.M; TAYLOR, J. Education and Other Measures of Socioeconomic Status and Risk of Incident Alzheimer Disease in a Defined Population of Older Persons. **Archives Neurology**, v.54, p.1399-1405, 1997.

EVENSON, K. R; WILCOX, S; PETTINGER, M; BRUNNER, R; KING, A.C; McTIERNAN, A. Vigorous Leisure Activity through Women's Adult Life: The Women's Health Initiative Observational Cohort Study. **American Journal of Epidemiology**, v.156, n.10, p.945-953, 2002.

FABRE, C; MASSÉ-BIRON, J; CHAMARI, K; VARRAY, A; MUCCI, P; PRÉFAUT, C. Evaluation of quality of life in elderly healthy subjects after aerobic and/or mental training. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.28, p.9-22, 1999.

FERREIRA, M.S; NAJAR, A.L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, p.207-219, 2005.

FOLSTEIN, M.F; FOLSTEIN, S.E; McHUGH, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal Psychiatry Research**, v.12, p.189-198, 1975.

FRATIGLIONI, L; PAILLARD-BORG, S; WINBLAD, B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. **The Lancet**, v.3, p.343-353, 2004.

FUKUKAWA, Y; NAKASHIMA, C; TSUBOI, S; KOZAKAI, R; DOYO, W; NIINO, N; ANDO, F; SHIMOKATA, H. Age differences in the effect of Physical Activity on Depressive Symptoms. **Psychology and Aging**, v.19, n.2, p.346-351, 2004.

GADAMER, Hans-Georg. **O caráter oculto da saúde**. Tradução: Antônio Luz da Costa. Petrópolis: Vozes, 2006.

GADOTTI, M. **Concepção Dialética da Educação: Um estudo introdutório**. 12ed. São Paulo: Cortez, 2001.

GOMES, V.B; SIQUEIRA, K.S; SICHIERI, R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n.4, p.969-976, 2001.

GREENBERG, J.S. **Administração do estresse**. 6 ed. São Paulo: Manole, 2002.

HARRIS, A.H.S; CRONKITER, M.R. Physical activity, exercise coping and depression in a 10-year cohort study of depressed patients. **Journal of Affective Disorders**, v.93, p.79-85, 2006.

HASSMÉN, P; KOIVULA, N; UUTELA, A. Physical Exercise and Psychological Well-Being: A Population Study in Finland. **Preventive Medicine**, v.30, p.17-25, 2000.

HILLERÁS, P.K; JORM, A.F; HERLITZ, A; WINBLAD, B. Activity patterns in very old people: a survey of cognitively intact subjects aged 90 years or older. **Age and Ageing**, v.28, p.147-152, 1999.

HILLSON, M.M; BRUNNER. E.J; GURALNIK, J.M; MARMOT, M.G. Prospective study of physical activity and physical function in early old age. **American Journal of Preventive Medicine**, v.28, n.3, p.245-250, 2005.

HUF, Gisele, LOPES, Claudia de Souza e ROZENFELD, Suely. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, n.2, p.351-362, 2000.

HULTSCH, DAVID F; HERTZOG, CHRISTOPHER; SMALL, BRENT J.; DIXON, ROGER A. Use it or lose it: Engaged lifestyle as a buffer of cognitive decline in aging? **Psychology and Aging**, v.14, n2, p. 245-263, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

IZQUIERDO, I. **Memória**. Porto Alegre: ArtMed, 2002.

JOCA, S.R.L; PADOVAN, C.M; GRIMARÃES, F.S. Estresse, depressão e hipocampo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.25, p.46-51, 2003.

JOHNS, M.W. – A New Method for Measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. **Sleep**, v.14, n.6, p.540-5, 1991.

JOHNS, M.W. – Reliability and Factor Analysis of the Epworth Sleepiness Scale. **Sleep**, v.15, n.4, p.376-81, 1992.

KING, A.C; REJESKI, W.J; BUCHNER, D.M. Physical activity interventions targeting older adults: A critical review and recommendations. **American Journal of Preventive Medicine**, v.15, n.4, p.316-333, 1998.

KOLB, Bryan; WHISHAW, Ian Q. **Neurociência do Comportamento**. Barueri: Editora Manole Ltda, 2002.

KOLEV, V; FALKENSTEIN, M; YORDANOVA, J. Motor-response generation as a source of aging-related behavioral slowing in choice-reaction tasks. **Neurobiology of Aging**, v.27, n.11, p.1719-30, 2006.

KRAMER, A.F; ERICKSON, K.I; COLCOMBE, S.J. Exercise, cognition, and the aging brain. **Journal of Applied Physiology**, v.101, p.1237-1242, 2006.

KRATZ, F; LIMA, M.S; TAVARES, B.F; *et al.* Depressive symptoms and associated factors in an elderly population in southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**. v.38, n. 3, p.365-371, 2004.

KRAUSE, N; GOLDENHAR, L; LIANG, J; JAY, G; MAEDA, D. Stress and exercise among the Japanese elderly. **Social Science & Medicine**, v.36, n.11, p.1629-1441, 1993.

KRITZ-SILVERSTEIN, D., BARRETT-CONNOR, E., CORBEAU, C. Crosssectional and prospective study of exercise and depressed mood in the elderly : the Rancho Bernardo Study. **American Journal of Epidemiology**, v.153, n.6, p.596–603, 2001.

LABRADOR FJ; CRESPO M. Evaluación del estrés. In: FERNANDÉZ-BALLESTEROS R. Evaluación conductual hoy. **Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud**. Madrid: Ediciones pirámide S.A, p. 484-529, 1994.

LAMBOURNE, K. The relationship between working memory capacity and physical activity rates in young adults. **Journal of Sports Science and Medicine**, v.5, p.149-153, 2006.

LAMPMAN, R.M. **Position Paper: The importance of Physical Activity for Older Adults**. Michigan: Michigan Fitness Fundation, 2002. Acessível em: www.michiganfitness.org

LANDERS, D; PETRUZZELLO, S. **The effectiveness of exercise and physical activity in reducing anxiety and reactivity to psychosocial stressor**. Fotocópia Incompleta, 1994.

LAKS, J. et al. O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.61, n. 3, p.782-785, 2003.

LARSON, E.B; WANG, L; BOWEN, J.D; McCORMICK, W.C; TERI, L; CRANE, P; KUKULL, W. Exercise Is Associated with Reduced Risk for Incident Dementia among Persons 65 Years of Age and Older. **Annals of Internal Medicine**, v.144, p.73-81, 2006.

LAZARUS, R.S; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

LEIGH, J; MACASKILL, P; KUOSMA, E; MANDRYK, J. Global Burden of Disease and Injury Due to Occupational Factors. **Epidemiology**, v.10, n.5, p.626-631, 1999.

LEITE, V.M.M; CARVALHO, E.M.F; BARRETO, K.M.L; FALCÃO, I.V. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.6, n.1, p.31-38, 2006.

LENNOX, S.S., BEDELL, J.R., STONE, A.A., 1990. The effect of exercise on normal mood. **Journal of Psychosomatic Research**, v.34, p.629–636, 1990.

LIMA-COSTA, M.F; BARRETO, S; GIATTI, L; UCHÔA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.745-757, 2003.

LIMA-COSTA, M.F; BARRETO, S; GIATTI. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – PNAD/98. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p.813-824, 2002.

LLERAS-MUNNEY, A. The relationship Between Education and Adult Mortality in the United States. **Review of Economic Studies**, v.72, p.189-221, 2005.

LOURENÇO, R.A; VERAS, R.P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.4, 2006.

LOWY, M. **Ideologias e Ciência Social**: Elementos para uma análise marxista. 8ed. São Paulo: Cortez, 1992.

LUFT, C.D.B; SANCHES, S.D.O; MAZO, G.Z; ANDRADE, A. A versão brasileira da escala de estresse percebido (PSS): tradução e validação. **Revista de Saúde Pública**, v.4, no prelo, 2007.

LURIA, A.R. **Fundamentos de Neuropsicologia**. Tradução: Juarez Aranha Ricardo. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1981.

MACKHANN, Guy M.; ALBERT, Marilyn. **Cérebro Joven: O guia completo para saúde física e emocional**. Rio de Janeiro: Editora Alegro, 2003.

MAIA, Luciana Colares, DURANTE, Ariane M G and RAMOS, Luiz Roberto. Prevalence of mental disorders in an urban area in Brazil **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 650-656, 2004.

MADDEN, D.J; BLUMENTHAL, J.A; ALLEN, P.A; EMERY, C.F. Improving aerobic capacity in healthy older adults does not necessarily lead to improved cognitive performance. **Psychology and Aging**, v.4, n.3, p.307-320, 1989.

MAGALHÃES, D.N. **A invenção social da velhice**. Rio de Janeiro: Ed. Papagaio, 1987.

MAGILL, R.A. **Aprendizagem Motora: Conceitos e Aplicações**. 5ed. Tradução: Aracy Mendes da Costa. São Paulo: Editora Edgard Blücher Ltda, 2000.

MALMBERG, J; MIILUNPALO, S; PASANEN, M; VUORI, I; OJA, P. Characteristics of leisure time physical activity with risk of decline in perceived health – a 10-year follow-up of middle-aged and elderly men and women. **Preventive Medicine**, v.41, p.141-150, 2005.

MARGIS, R; PICON, P; COSNER, A.F; SILVEIRA, R.C. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria RS**. v.25, n.1, p.65-74, 2003.

MARUFF, P. Validity of the CogState computerized cognitive test battery: Sensitivity to mild traumatic brain injury, mild cognitive impairment, schizophrenia and AIDS dementia complex. **The clinical Neuropsychologist**, 2006.

MATHER, A.S; RODRIGUEZ, C; GUNTHRIE, M.F; McHARG, A.M; REID, I.C; McMURDO, M.E.T. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder. **British Journal of Psychiatry**, v.180, p.411-415, 2002.

MATIELLO JÚNIOR, E.; GONÇALVES, A. Entre a bricolagem e o personal training, ou... a relação atividade física e saúde nos limites da ética. In: Congresso Brasileiro de Ciência do Esporte, 12., 2001, Caxambu. Anais eletrônicos do **XII Congresso Brasileiro de Ciência do Esporte**, Caxambu, CBCE, out. 2001. 1CD. Mesa redonda.

MATTAY, V.S; FERA, F; TESSITORE, A; HARIRI, A.R; BERMAN, K.F; DAS, S; MEYER-LINDENBERG, A; GOLDBERG, T.E; CALLICOTT, J.H; WEINBERGER, D.R. Neurophysiological correlates of age-related changes in working memory capacity. **Neuroscience Letters**, v.392, p.32-37, 2006.

MATSUDO, S; ARAÚJO, T; MATSUDO, V; ANDRADE, D; ANDRADE, E.L; OLIVEIRA,L.C; BRAGGION, G. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.6, n.2, p.05-18, 2001.

MAZO, Giovana Z. **Atividade Física e Qualidade de Vida de Mulheres Idosas**. 2003. 203f. (Tese de Doutorado) – Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, Porto – Portugal, 2003.

MCAULEY, E; KRAMER, A.F; COLCOMBE, S.J. Cardiovascular fitness and neurocognitive function in older adults: a brief review. **Brain, Behavior, and Immunity**, v.18, p.214-220, 2004.

McDOUWELL, K; KERICK, S; SANTA MARIA, D.L; HATIFIELD, B. Aging, physical activity and cognitive processing: an examination of P300. **Neurobiology of Aging**, v.24, p.597-606, 2003.

MCLULLICH, A.M.J; DEARY, I.J; STARR, J.M; FERGUSON, K.J; WARDLAW, J.M; SECKL, J.R. Plasma cortisol levels, brain volumes and cognition in healthy elderly men. **Psychoneuroendocrinology**, v.30, p.505-515, 2005.

McNEIL, J.K; LeBLANC, E.M; JOYNER, M. The effect of exercise on depressive symptoms in the moderately depressed elderly. **Psychology of Aging**, v.6, p.487-488, 1991.

MECACCI, L; RIGHI, S. Cognitive failures, metacognitive beliefs and aging. **Personality and Individual Differences**, v.40, p.1453-1459, 2006.

MINAYO, M.C.d.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 5ed. São Paulo: Editora Hucitec Ltda, 1998.

_____. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8ed. São Paulo: Editora Hucitec Ltda, 2004.

MONTEIRO, H.L; GONÇALVES, A; PADOVANI, CR; NETO, JLF. Fatores sócio-econômicos e ocupacionais e a prática de atividade física regular: estudo a partir de policiais militares em Bauru, São Paulo. **Revista Motriz**, v.4, n.2, p. 91-97, 1998.

MOSES, J. et al. The effects of exercise training on mental well-being in the normal population: A controlled trial. **J Psychosom Res**, v. 33, n. 1, p.47-61, 1989.

MORGAN, W.P.; GOLDSTON, S.E. **Exercise and mental health**. New York: Hemisphere, 1987.

MOURÃO, L. Representação social da relação do trabalho feminino da diarista com as opções de lazer na comunidade de Queimados. **Motus Corporis**, v.6, n.2, p.52-72, 1999.

MURPHY, M., A. NEVILL, C. NEVILLE, S. BIDDLE, and A. HARDMAN. Accumulating brisk walking for fitness, cardiovascular risk, and psychological health. **Medicine Science Sports Exercise**, v. 34, n. 9, p. 1468-1474, 2002.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH – NIMH. **Older Adults: Depression and Suicide Facts**. New York: NHI Publication, n.3, 2003.

NÓBREGA, A.C.L; FREITAS, E.V.F; OLIVEIRA, A.B; et al. Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.5, p.207-211, 1999.

NOICE, H; NOICE, T; STAINES, G. A short-term Intervention to enhance cognitive and affective functioning in older adults. **Journal of Aging and Health**, v.16, n.4, 2004.

NORONHA, K.V.M; ANDRADE, M.V. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.17, n.5, 2005.

OLIVEIRA, B. A; HÚNGARO, E. M; SOLAZZI, J.L. Terceiro Setor, saúde, envelhecimento e atividade física no Brasil: uma análise crítica sobre o projeto FELIZIDADE. In: **VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais: a questão social no novo milênio.**, 2004, Coimbra - Portugal, 2004.

OSEI-TUTU, K.B; CAMPAGN, D. The effects of short- vs. long-bout exercise on mood, VO₂max, and percent body fat. **Preventive Medicine**, v.40, n.1, p.92-98, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**/ World Health Organization. Tradução: Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

OTTE, C; HART, S; NEYLAN, T.C; MARMAR, C.R; YAFFE, K; MOHR, D. A meta-analysis of cortisol response to challenge in human aging: importance of gender. **Psychoneuroendocrinology**, v.30, p.80-91, 2005.

PAFFENBARGER, R. S; LEE, I. M. How much physical activity is optimal for health? Methodological considerations. **Research Quarterly for Exercise and Sport**. By American Alliance for Health, Physical Education, recreation and Dance, n. 2, v. 67, p. 206 – 208, 1996.

PALMA, A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão de literatura. **Revista Paulista de Educação Física**, v.14, n.1, p.97-106, 2000.

PARADELA, E.M.P; LOURENÇO, R.A; VERAS, R.P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.6, p.918-923, 2005.

PEDRO, J.M. Mulheres no sul. In: PRIORE, M.D (org.); BASSANEZI, C. **História das Mulheres no Brasil**. 7 ed. São Paulo: Contexto, 2004. 677p.

PORCU, VM; SCANTAMBURLO; ALBRECHT, N.R; SILVA, S.P. Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. **Acta Scientiarum**, v. 24, n. 3, p. 713-717, 2002.

PRADO, S.D; SAYD, J.D. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: grupos e linhas de pesquisa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.57-68, 2004.

REICHE, E; NUNES, S. O; MORIMOTO, E. K. Stress, depression, the immune system, and cancer. **The Lancet: Oncology**. v.5, p.617-625, 2004.

RHODES, R.E., MARTIN, D.A., TAUNTON, J.E., RHODES, E.C., DONELLY, M., ELLIOT, J. Factors associated with exercise adherence among older adults: an individual perspective. **Sports Medicine**, v. 28, p.397-411, 1999.

RICHARDS, M; HARDY, R; WADSWORTH, R. Does active leisure protect cognition? Evidence from a national birth cohort. **Social Science & Medicine**, v.56, p.785-792, 2003.

SALLES-COSTA, R; WERNECK, G.L; LOPES, C.S; FAERSTEIN, E. Associação entre fatores sócio-demográficos e prática de atividade física de lazer no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.4, p.1095-1105, 2003.

SALLIS, S.J.F; OWEN, N. **Physical Activity & Behavioral Medicine**. London: SAGE Publications Inc, 1999.

SCHRAMM, F; CASTIEL, L.D. Processo Saúde/Doença e Complexidade em Epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, v.8, n.4, p.379-390, 1992.

SHEPHARD, R.J. **Envelhecimento, Aividade Física e Saúde**. Tradução: Maria Aparecida da Silva Pereira. São Paulo: Phorte, 2003.

SIEGLER, I.C; POON, L.W. Envelhecimento e Cognição. In: FILHO, E.T.C; NETTO, M.P. **Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. p. 100-118.

SILBERMAN. C; SOUZA, C; WILHEMS, F; KIPPER, L; WU, V; DIOGO, C; SCHMITZ, C; STEIN, A; CHAVES, M. Cognitive deficits and depressive symptoms in a community group of elderly people: a preliminary study. **Revista de Saúde Pública**. v.29, n.6, p.444-450, 1995.

SIMMS, M. A theory of age exclusion through closure: 'Chronological age' to 'clinical need'. **Journal of Aging Studies**, v.18, p.445-465, 2004.

SILVEIRA, L.D. (2001) **Níveis de depressão, hábitos e aderência a programas de atividades físicas de pessoas com transtorno depressivo**. Florianópolis: UFSC, 2001. 101p.

SINGH, N.A; CLEMENTS, K.M; SINGH, M.A.F. The efficacy of exercise as a long-term antidepressant in elderly subjects: a randomized controlled trial. **Journal of Gerontology**, v.56A, p.M497-504, 2001.

SKALINSKI, L.M; PRAXEDES, W.L. de A. A abordagem marxista aplicada aos métodos de investigação em saúde. **Acta Scientiarum: Human and Social Sciences**, v.25, n.2, p.305-316, 2003.

SPIRDUSO, W.W. Recreation and movement time as a function of age and physical activity level. **Journal of Gerontology**. v.43, p.18-23, 1995.

SPIRDUSO, W.W. **Dimensões Físicas do Envelhecimento**. Tradução: Paula Bernardi. Barueri: Manole, 2005.

SPRINGER, M.V; McINTOSH, A.R; WINOCUR, G; GRADY, C.L. The relation Between Brain Activity During Memory Tasks and Years of Education in Young and Older Adults. **Neuropsychology**, v.19, n.2, p.181-192, 2005.

STANOVICH K. E; CUNNINGHAM A. E. Studying the consequences of literacy within a literate society : the cognitive correlates of print exposure. **Memory & cognition**, v.20, n.1, p. 51-68, 1992.

STURMAN, M.T; MORRIS, M; MENDES DE LEON, C; BIENIAS, J.L; WILSON, R.S; EVANS, D.A. Physical Activity, Cognitive Activity, and Cognitive Decline in a Biracial Community Population. **Archives Neurology**, v.62, p.1750-1754, 2005.

THOMPSON, P. **A voz do Passado: História Oral**. 2 ed. Tradução: Lélío Lourenço de Oliveira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

TOMPOROWSKI, P.D. Effects of acute bouts of exercise on cognition. **Acta Psychologica**. v.297-324, 2003.

TRAUSTADÓTTIR, T; BOSCH, P.R; MATT, K.S. The HPA axis response to stress in women: effects of aging and fitness. **Psychoneuroendocrinology**. v.30, p.392-402, 2005.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

DHHS - U.S. Department of Health and Human Services. **Physical activity and health**: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention, 1996.

DHHS - U.S. Department of Health and Human Services. **Healthy People 2010**: Understanding and Improving Health. 2ed. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 2000.

DHHS - US. Department of Health and Human Services. **Health People 2000**: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. Washington, Dc: DHHS (PHS), Publication n.91-50213, 1996.

VANLTALLIE, T.B. Stress: A Risk Factor for Serious Illness. **Metabolism**, v.51, n.6, p.40-45, 2002.

VEDHARA K; COX N. K. M; WILCOCK G. K.; PERKS P; HUNT M; ANDERSON S. Chronic stress in elderly carers of dementia patients and antibody response to influenza vaccination. **Lancet**, v. 353, n.9153, p. 627-631, 1999.

VERGHESE, J; LEVALLEY, A; DERBY, C; KUSLANSKY, G; KATZ, M; HALL, C; BUSCHKE, H; LIPTON, R.B. Leisure activities and the risk of amnesic mild cognitive impairment in the elderly. **Neurology**, v.66, p.821-827, 2006.

WANG, J-J; SNYDER, M; KAAS, M. Stress, loneliness, and depression in Taiwanese rural community-dwelling elders. **International Journal of Nursing Studies**. v. 38, p.339-347, 2001.

WANG, J.Y.J; ZHOU, D.H.D; LI, J; ZHANG, M; DENG, J; TANG, M; GAO, C; LI, J; LIAN, Y; CHEN, M. Leisure activity and risk of cognitive impairment: The Chongqing aging study. **Neurology**, v.66, p.911-913, 2006.

WEUVE, J; KANG, J.H; MANSON, J.E; BRETELER, M.M.B; WARE, J.H; GRODSTEIN, F. Physical Activity, Including Walking, and Cognitive Function in Older Women. **JAMA**, v.292, n.12, 2004.

WEYERER, S. Physical inactivity and depression in the community. Evidence from the Upper Bavarian Field Study. **International Journal of Sports Medicine**, v.13, p.492–496, 1992.

WILSON, R. S., MENDES DE LEON, C. F., BARNES, L. L., SCHNEIDER, J. A., BIENIAS, J. L., EVANS, D. A., et al. (2002). Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. **Journal of the American Medical Association**, v.287, n.6, p.742-748, 2002.

WILSON, R.S; BENETT, D.A; BIENIAS, J.L; MENDES DE LEON, C.F; MORRIS, M.C; EVANS, D.A. Cognitive activity and cognitive decline in a biracial community population. **Neurology**, v.61, p.812-816, 2003.

WOLF, O.T. et al. Subjective memory complaints in aging are associated with elevated cortisol levels. **Neurobiology of Aging**. v.26, n.10, p.1357-1363, 2005.

WOOLF-MAY, K; FERRET, D; OWEN, A; BIRD, S. The lack of effectiveness of 18 weeks of accumulative short bouts of brisk walking upon the function of the heart. **Health Education**, v.103, n.4, p.209-244, 2003.

XAVIER, Flávio MF et al . The prevalence of major depression and its impact in the quality of life, sleep patterns and cognitive function in a octogenarian population. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 2, 2001.

XAVIER, Flávio MF, FERRAZ, Marcos PT, TRENTI, Clarissa M *et al.* Generalized anxiety disorder in a population aged 80 years and older. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n.3, p.294-302, 2001.

YAFFE, K; BARNES, D; NEVITT, M; LUI, L.Y; COVINSKY, K. A prospective study of physical activity and cognitive decline in elderly women: women who walk. **Archives of Internal Medicine**, v.162, n.3, p.361-2, 2001.

YESAVAGE, J.A; BRINK, T.L; ROSE, T.L; et al. Developmental and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**. v.17, p.37-49, 1983.

ZAJACOVA, A. Education, gender, and mortality: Does schooling have the same effect on mortality for men and women in the US? **Social Science & Medicine**, v.63, p.2176-2190, 2006.

ZEC, R.F. The Neuropsychology of Aging. **Experimental Gerontology**, v.30, n.3/4, p.431-442, 1995.

ANEXOS E APÊNDICES



ANEXO 1

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS - CEFID

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Aspectos neuropsicológicos do envelhecimento e prática de atividade física: possíveis relações em mulheres idosas

A senhora está sendo convidada a participar de uma pesquisa que investigará quais as relações entre estresse, depressão, desempenho cognitivo e prática regular de atividade física. A sua participação será condicionada pela disponibilidade em realizar os testes propostos. Estas avaliações lhe tomarão aproximadamente 1 hora, dependendo do tempo que a senhora achar necessário para responder as questões. Os testes envolvem responder as perguntas sobre características gerais (por exemplo, escolaridade, religião, nível econômico, entre outras), sobre sua saúde, histórico e atividades atuais. A senhora será entrevistada com questões referentes ao seu estresse, depressão e estilo de vida. Também realizará uma bateria de avaliação cognitiva no computador, simples e com acompanhamento de um instrutor.

Garantimos o sigilo dos seus dados, pois cada participante será identificada por números. A senhora terá algumas vantagens em participar do estudo, entre elas a oportunidade de participar de uma pesquisa que visa o seu bem-estar e a possibilidade de colaborar com a ciência. A senhora poderá também perguntar aos pesquisadores sobre os seus resultados. A senhora pode se retirar do estudo a qualquer momento.

As pessoas que estarão lhe acompanhando serão a mestranda Caroline Di Bernardi Luft e o professor Dr. Alexandro Andrade. Estes estão a sua disposição para quaisquer esclarecimentos. Outros membros da equipe do Laboratório de Psicologia do Esporte e do Exercício (LAPE) também estarão acompanhando a pesquisa e estarão a sua disposição.

Solicitamos a vossa autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos científicos. A sua identificação será mantida em sigilo, pois seu nome não será apresentado na pesquisa. A senhora terá total liberdade e direito de não responder as questões que não achar conveniente e também de se retirar do estudo.

Agradecemos a vossa participação e colaboração

PESSOA PARA CONTATO

Alexandro Andrade

Número do Telefone: (48)84063333. Endereço: Rua Paschoal Simone, n.358

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e, que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim.

Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome _____ por _____ extenso

Assinatura _____ Florianópolis,
_____/_____/____.

ANEXO 2

Entrevista de caracterização geral e auto-avaliação das idosas

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

Pergunte à idosa e preencha o que ela responder, repita para ele a resposta para se certificar de que a alternativa marcada foi a correta. Peça ao idoso que responda diretamente a pergunta e deixe-o livre para fazer comentários sobre as questões.

Id: _____ **Data de Nasc.:** __/__/____ **Estatura:** ____ cm **Peso:** _____ Kg

Religião: _____ **Estado civil:** _____

Lateralidade: (1) destro (2) canhoto (3) ambidestro (peça que a idosa fazer um risco no papel)

Conhece cartas? () sim () mais ou menos () não

Utiliza computador? () sim () poucas vezes () nunca usou

Escolaridade máxima completa? ____ anos

() Nenhuma () Primário () Ginásio ou 1º grau () 2º grau completo (científico, técnico)

() Curso superior

Profissão? _____

Exerce a profissão atualmente? () não () sim, quantas horas por dia trabalha? _____

Por favor, informe se em sua casa/apartamento existem e estão funcionando em ordem os seguintes ITENS e QUANTIDADE que possui.

Você tem em sua casa:	Não tem	Quantos(as) tem?			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores					
Rádio					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Aspirador de pó					
Máquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (ou parte da geladeira duplex)					

Indique o grau de instrução do chefe da família:

Analfabeto/Primário incompleto	0
Primário completo/ Ginásio incompleto	1
Ginásio completo/ Colegial incompleto	2
Colegial completo/ Superior incompleto	3
Superior completo	5

Fonte(s) de renda: _____ Renda Mensal: _____ Renda Mensal Familiar: _____

Quantas pessoas dependem desta renda? _____ pessoas

Em comparação a quando a senhora tinha 50 anos de idade, a sua atual situação econômica é:

() Melhor () A mesma () Pior () N.S./N.R.

Para suas necessidades básicas, a sua renda mensal:

() Dá e sobra () Dá na conta certa () Sempre falta um pouco () Sempre falta muito

A senhora mora em: () casa () apartamento () outro: _____

Quantas pessoas vivem com a senhora neste local? _____ pessoas () mora sozinha

Como a senhora considera o local onde mora (instalações):

() Ótimo () Bom () regular () Ruim () Péssimo

Como a senhora avalia o seu relacionamento com os familiares mais próximos?

() Ótimo () Bom () regular () Ruim () Péssimo

CONDIÇÃO DE SAÚDE

1) Como a senhora avalia sua saúde?

() Péssima. () Ruim. () Regular () Boa () Excelente

2) A senhora tem problemas de saúde? () sim () não

Qual(is)? _____

—

3) Toma algum medicamento? () sim () não

Qual(is)? _____

—

4) A senhora fuma? () não fuma () ocasionalmente () diariamente () Parou
Caso tenha parado, há quanto tempo parou? _____

5) A senhora toma bebidas alcoólicas com que frequência?

() nunca toma () até 3 X por semana () de 4 a 6 X por semana () diariamente/

Qual a quantia? _____

6) A senhora apresenta alguma dificuldade para dormir?

() nenhuma () pouca () média () muita () demais

7) A senhora toma algum remédio para dormir? () nunca toma () às vezes () frequentemente

Qual o medicamento? _____

ESCALA DE SONOLÊNCIA EPWORTH

Utilize a escala apresentada a seguir, para escolher um número mais apropriado para cada situação. Marque um X ao lado do valor correspondente a sua escolha, na tabela abaixo:

0 = nenhuma chance de cochilar

1 = pequena chance de cochilar

2 = moderada chance de cochilar

3 = alta chance de cochilar

SITUAÇÃO	CHANCE DE COCHILAR			
Sentado e lendo	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()
Assistindo TV	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()
Sentado em um lugar público (ex. sala de espera, igreja, etc.)	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()
Como passageiro de trem, carro ou ônibus andando uma hora sem parar.	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()
Deitando-se para descansar à tarde, quando as circunstâncias permitem.	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()
Sentado e conversando com alguém	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()
Sentado calmamente após o almoço (sem álcool)	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()
Se estiver no carro, enquanto pára por alguns minutos no trânsito intenso.	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()
TOTAL				

9) A senhora já recebeu diagnóstico médico de depressão? () sim () não

Em caso afirmativo, há quanto tempo aproximadamente? _____

10) Utilizou algum remédio para depressão? () não () sim, qual? _____

11) Ainda sofre de depressão? () sim () não () tem crises ocasionalmente

12) Toma algum medicamento anti-depressivo atualmente? () sim () não

AUTO-AVALIAÇÃO DA COGNIÇÃO

1) Como a senhora avalia sua memória?

() Péssima. () Ruim. () Regular. () Boa. () Excelente.

2) Em relação a dez anos atrás, a sua memória atualmente está:

() Muito pior () Pior () Igual () Melhor () Muito Melhor

3) Como você avalia sua capacidade de solucionar problemas?

() Péssima. () Ruim. () Regular. () Boa. () Excelente.

4) Com que frequência a senhora tem esquecido de coisas como dar recados, compromissos, onde deixou as coisas, etc.?

() nunca () poucas vezes () às vezes () frequentemente () sempre

5) A senhora acredita que pode melhorar a sua memória? () sim () não () não sabe dizer

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

1) A senhora se considera sedentária ou ativa? () ativa () sedentária () não sabe

2) Com que frequência cada semana a senhora pratica exercícios moderados, não exaustivos, que provoquem leve aumento da respiração e dos batimentos cardíacos?

_____ vezes por semana () não pratica atividade física moderada

Qual a duração (aproximada) de cada sessão? _____ minutos

Qual (is) a(s) atividade(s)? _____ Há quanto tempo? _____

3) Com que frequência a senhora costuma realizar os exercícios fortes ou muito fortes, sentindo suor e batimentos cardíacos elevados?

_____ vezes por semana () não pratica atividade física intensa

Qual a duração (aproximada) de cada sessão? _____ minutos

Qual (is) a(s) atividade(s)? _____ Há quanto tempo? _____

4) Com que frequência cada semana a senhora realiza algum trabalho que exija esforço físico, como faxina pesada, cortar grama, etc.?

_____ vezes por semana () esporadicamente () não realiza trabalho que exija esforço físico

Qual a duração (aproximada)? _____ minutos

Qual (is) a(s) atividade(s)? _____ Há quanto tempo? _____

5) A senhora gosta de praticar atividade física ou esportes?

() detesto () não gosto () gosto () gosto muito () gosto demais

6) Por que a senhora faz atividade física?

Existe algum motivo pelo qual você deixaria de praticar atividade física? _____

7) Por que a senhora não faz atividade física? _____

Existe algum motivo que a faria praticar atividade física? _____

HISTÓRICO DE ATIVIDADES FÍSICAS E DE LAZER

Pense nas atividades durante dos trinta aos sessenta anos da sua vida e responda:

1) Qual ocupação ou profissão a senhora exerceu durante a maior parte destes 30 anos?

2) Este trabalho que a senhora fazia exigia algum esforço físico? Descreva:

3) Com que frequência a senhora praticou atividade física ou esportes durante a maior parte dos últimos 30 anos?

() Não praticava. () Poucas vezes () Às vezes () Muitas vezes () Frequentemente/atleta

4) Que tipo(s) de atividade física ou esportiva a senhora praticava regularmente?

5) O que a senhora costumava fazer no seu tempo livre nestes últimos 30 anos? _____

6) A senhora costumava ler? () não () sim, O que? _____

ATIVIDADES ATUAIS

1) O que a senhora costuma fazer para passar o tempo? _____

2) A senhora costuma realizar alguma leitura? () sim () não () esporadicamente

O que a senhora costuma ler? _____

Com que frequência você realiza estas leituras? _____ vezes por semana.

3) A senhora costuma jogar ou fazer atividades que exijam esforço mental?

() não () esporadicamente () sim, quais? _____

FÉ E ESPIRITUALIDADE

1) A senhora acredita em Deus ou em um ser superior a nossa existência no planeta?

() Não creio de () Tenho muitas () Creio. Moderado. () Creio muito. () Creio forma nenhuma 0% dúvidas/ 25%. Tenho dúvidas/ 50%. Poucas dúvidas 75% totalmente/ 100%.

2) A senhora costuma fazer orações?

() Nunca () Poucas vezes () Às vezes () Frequentemente () Muito frequentemente

3) A senhora acredita que a sua fé em Deus ou em um ser superior a nossa existência a auxilia em sua vida?

() Não creio de () Tenho muitas () Creio. Moderado. () Creio muito. () Creio forma nenhuma dúvidas Tenho dúvidas Poucas dúvidas totalmente

4) A vida tem um sentido para a senhora? () sim () não () nunca pensa nisto

ANEXO 3

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

Identificação: _____

ITENS	Pontuação Obtida	Pontuação Máxima
ORIENTAÇÃO TEMPORAL Que dia do mês é hoje? Em que mês estamos? Em que ano estamos? Em que dia da semana estamos? Qual a hora aproximada? (<i>considere a variação de mais ou menos uma hora</i>)	()	5
ORIENTAÇÃO ESPACIAL Em que local nós estamos? (consultório, dormitório, sala . apontando para o chão) Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa). Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima. Em que cidade nós estamos? Em que Estado nós estamos?	()	5
MEMÓRIA IMEDIATA Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo	()	3
ATENÇÃO E CÁLCULO subtração de setes seriadamente $100-7 = 93-7= 86-7= 79-7= 72-7= 65$	()	5
MEMÓRIA RECENTE Quais as três palavras que você repetiu antes?	()	3
LINGUAGEM Mostrar um relógio de pulso e uma caneta e pedir os nomes	()	2
Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: .Nem aqui, nem ali, nem lá	()	1
Comando: Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto).	()	3
Leia e obedeça: “feche os olhos”	()	1
Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer.	()	1
Cópia do desenho: mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. (estará correto se existirem 10 ângulos, dois quais dois devem estar interseccionados)	()	1
TOTAL DE PONTOS	()	30



ANEXO 4

Descrição das Tarefas Cognitivas

As tarefas cognitivas foram realizadas com a utilização de uma bateria computadorizada personalizada para este estudo, a CogState. Utilizaram-se 5 tarefas, sendo que cada uma tem a duração entre 1 a 2 minutos.

Todas as respostas são registradas e podem ser consideradas nos resultados. Em cada tarefa, respostas corretas positivas e negativas são usadas para calcular a média e o desvio padrão do tempo de reação. Para calcular a acurácia, todas as respostas são utilizadas, ou seja, respostas corretas e incorretas positivas e negativas e as antecipações.

Para indivíduos destros, a tecla “K” é designada para responder “SIM”, enquanto que a tecla “D” é pressionada para responder “NÃO”. Para canhotos, utiliza-se o inverso. Cada tarefa é precedida por uma demonstração com instruções simples. Estas instruções são animadas por um boneco que as explica e pela ilustração do teclado, simulando as respostas corretas do teste.

Tarefa de Tempo de Reação Simples

Esta tarefa mensura a função psicomotora e também introduz os elementos usados para ajudar a aprender as instruções (um boneco com uma caixa de texto explicativa e o desenho do teclado, destacando as teclas em vermelho, as duas mãos na posição recomendada sobre o teclado, piscando a tecla da resposta correta). Para esta tarefa, apenas a tecla “SIM” é circulado em vermelho, pois é a única tecla solicitada na tarefa. Quando a carta que aparece virada para baixo no centro da tela é virada para cima, o sujeito deve clicar “SIM” tão rápido quanto possível. Repetindo várias vezes até obter 35 respostas acuradas para seguir até a próxima tarefa.

Tarefa de Tempo de Reação de Escolha

Nesta tarefa, utiliza-se a mesma organização visual da primeira de uma única pilha de cartas viradas para baixo. Ambas teclas “SIM” e “NÃO” são destacadas em vermelho e o boneco das instruções pergunta: “A carta que aparece é vermelha?” As respostas são dadas pressionando “SIM” ou “NÃO” o mais rápido possível. Ao menos 30 respostas acuradas são requeridas antes de ir para a próxima tarefa.

Tarefa Volta-Uma

Esta tarefa requer que o indivíduo determine se a nova carta é a mesma ou diferente da última carta apresentada no topo da pilha de cartas viradas para baixo. Apenas a última carta deve ser imediatamente lembrada. Se a nova carta for exatamente a mesma que a última apresentada deve-se pressionar “SIM”, caso a carta seja diferente, pressionar-se o “NÃO”.

Ao menos 30 respostas corretas são necessárias para partir para a próxima tarefa.

Tarefa de Monitoração

Apenas a tecla “SIM” é requerida para esta tarefa. Cinco cartas se mexem alternadamente para cima e para baixo. Tão logo qualquer carta toque a linha branca ou entre na “zona final” depois delas e não antes, o indivíduo deve pressionar “SIM” o mais rápido possível. Ao menos 30 respostas corretas são necessárias para passar para a próxima tarefa.

Tarefa de Uma-Carta: aprender

Uma carta virada para baixo aparece no centro da tela. O boneco ajudante pergunta: “Você viu esta carta antes nesta tarefa?”

O sujeito inicia pressionando a tecla “SIM”. A carta no centro da tela irá virar para cima e tão logo que ela apareça, o sujeito deve decidir se a carta já apareceu antes nesta mesma tarefa e responder clicando “SIM” ou “NÃO”. Após responder a carta vai ao fundo da pilha de cartas e continuam a aparecer e o sujeito deve tentar ir lembrando de todas as cartas que vê durante esta tarefa. Apenas algumas das cartas irão se repetir.

A bateria é sempre precedida de escalas onde ao mover as alternativas aparece um “smile” diferente, coerente com cada opção, estas questões são:

- 1) O quanto sonolenta a senhora está se sentindo agora?
Escala de 0 a 10 (respostas com carinhas mais sonolentas até as mais dispostas)
- 2) Como você dormiu esta noite?
Escala de 0 a 10 (respostas com carinhas mais sonolentas até as mais dispostas)

Depois dos testes:

- 1) Como estava sua concentração durante o teste em comparação ao normal?
() muito pior () pior () normal () melhor () muito melhor
- 2) Como estava sua velocidade no teste em comparação ao normal?
() muito pior () pior () normal () melhor () muito melhor
- 3) Como estava sua capacidade de tomar decisões em comparação ao normal? _____
- 5) Teve algum fator que atrapalhou o seu desempenho nos testes? _____

ANEXO 5

ESCALA DE DEPRESSÃO EM GERIATRIA

Identificação: _____

Pergunta	Escore	
	NÃO	SIM
1- Você está basicamente satisfeito com a sua vida?	1	0
2- Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	0	1
3- Você sente que sua vida está vazia?	0	1
4- Você se aborrece com frequência?	0	1
5- Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	1	0
6- Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
7- Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
8- Você sente que a sua situação não tem saída?	0	1
9- Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
10- Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
11- Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
12- Você se sente inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
13- Você se sente cheio de energia?	1	0
14- Você acha que sua situação é sem esperanças?	0	1
15- Você sente que a maioria das pessoas está melhor do que você?	0	1
TOTAL DE PONTOS		

ANEXO 6

ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO

Identificação: _____

De um modo geral, a senhora se sente feliz nos dias atuais?

 Sim mais ou menos Não

Durante o último mês a senhora se sentiu mais irritado(a)/zangado(a) do que de costume?

 Sim Não N.S./N.R.

A senhora passou por algum problema emocional que ainda a deixa triste?

 sim nãoOs itens e as instruções para a **Escala de Stress Percebido**

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos **durante o último mês**. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão freqüentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável. **Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:**

0= nunca 1= quase nunca 2= às vezes 3= frequentemente 4= muito frequentemente

NESTE ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA...

1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido nervoso e "estressado"?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	4	3	2	1	0
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	4	3	2	1	0
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	4	3	2	1	0
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	4	3	2	1	0
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	4	3	2	1	0
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	4	3	2	1	0
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	4	3	2	1	0
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4
TOTAL						

APÊNDICE 1

Declaração pública garantindo sigilo de identidade entregue a cada participante da pesquisa, quando do início das entrevistas.

DECLARAÇÃO

Declaro publicamente para os devidos fins e efeitos que eu, Caroline Di Bernardi Luft, mestranda em Ciências do Movimento Humano pela UDESC, portadora da CI. 1070816929 estou realizando uma pesquisa sobre estresse, cognição e atividade física de idosas considerando a história de vida, visando a conclusão de uma dissertação de mestrado, junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da UDESC, e que as pessoas que estão optando em colaborar com este estudo, fornecendo informações e opiniões terão garantido o sigilo de suas identidades sob qualquer condição. Este cuidado serve para garantir total tranquilidade aos informantes, veracidade as informações declaradas e para que nenhuma informação dada possa de qualquer maneira prejudicar ou comprometer os participantes da pesquisa. Além disso, não há interesse da pesquisa e desta pesquisadora em divulgar nomes de pessoas ou das instituições investigadas.

Por ser verdade, assino e dou fé.

Florianópolis, ____ de _____, 2006.

Caroline Di Bernardi Luft

Mestranda em Ciências do Movimento Humano/UDESC
Endereço: Rua Dr. Abel Capela, 135, ap304.

Telefone: (48)88017727

APÊNDICE 2

NÍVEL DE ATIVIDADE INTELLECTUAL

ESCOLARIDADE	PONTOS
Nenhuma	0
Primário Incompleto	2
Primário Completo	4
Ginásio ou 1º Grau Incompleto	5
Ginásio ou 1º Grau Completo	8
2º Grau Incompleto	10
2º Grau Completo	12
Curso Superior	15
Especialização	16
Mestrado	18
Doutorado	20

Histórico	PONTOS
<i>Histórico de Leitura</i>	
Livros religiosos	1
Jornais e/ou revistas	2
Livros de auto-ajuda/ alternativos	2
Literatura	3
De tudo (jornais/revistas ou literatura + uma opção)	4
<hr/>	
Trabalho ou profissão que exigisse escolaridade mínima 2º grau	2
Trabalho ou profissão que exigisse escolaridade mínima curso superior	4

Atividades atuais	PONTOS
<i>Leitura no passado</i>	
Livros religiosos	1
Jornais e/ou revistas	2
Livros de auto-ajuda/ alternativos	2
Literatura	4
De tudo (jornais/revistas ou literatura + uma opção)	1 ponto para cada vez na semana
<hr/>	
Jogos	
Esporadicamente	1
Sim	2

APÊNDICE 3

PERFIL DAS PARTICIPANTES

Dona Acácia: Esta participante tem 73 anos, é solteira, classe econômica B1, completou o 2º grau e trabalhou como comissária de bordo a maior parte da sua vida. Não faz atividade física por recomendação médica. Morou no RJ no período no qual trabalhou. Era ativa, fazia atividade física regularmente, e suas atividades de lazer eram teatros, cinema, música, shows, enfim, atividades culturais, além de ter o hábito de leitura. Atualmente está morando em Florianópolis e apresentou um escore alto na GDS, indicando que sente a sua vida vazia, que deixou de muitos interesses e atividades e que se sente inútil.

Dona Açucena: Participante com 66 anos de idade, casada, classe econômica B2, formada em Serviço Social, trabalhou como funcionária pública. Atualmente trabalha no asilo para complementar a renda da família. Ela indicou não praticar atividade física por falta de tempo, pois tem que trabalhar e cuidar dos afazeres da casa e dos filhos. Apresentou um alto nível de estresse percebido e atribuiu isto ao excesso de atividades, e a falta de tempo para lazer. Da mesma forma que a participante anterior, esta precisa cuidar da neta, que ainda é bebê, isto porque a sua filha engravidou ainda muito adolescente. A filha ainda mora com ela, o que torna as coisas ainda mais difíceis, pois acaba tendo que cuidar da filha e da neta.

Dona Amarilis: Participante com 71 anos, casada, classe econômica A2. Ela tem segundo grau completo e foi funcionária pública e dona de casa. Não precisava fazer as tarefas da casa porque sempre teve empregada doméstica. Ela tem médio nível de atividade intelectual e reclamou que se distrai facilmente. Faz pinturas não lê muito por causa do seu problema de atenção. Faz atividade física regularmente e tem uma vida familiar tranquila.

Dona Angélica: Participante com 70 anos de idade, viúva, classe econômica E. Ela trabalhou a vida toda como diarista e costureira e hoje vive sozinha com uma pensão de 350 reais. Apresentou uma pontuação de 8 na GDS, que pode ser considerada como depressão. Ela relatou ter se mudado há um ano para Florianópolis, pois morava em Curitiba, onde trabalhava. Indicou ter muita insônia e se sentir muito mal, triste e sozinha. O início da depressão corresponde ao período que ela indicou ter passado por um grande problema emocional, sobre o qual ela não quis falar.

Dona Ardísia: Participante com 62 anos, divorciada, classe econômica B1, mora em uma casa com a filha. Uma pessoa muito calma, tranquila. Foi dentista e agora está aposentada. Faz palavras-cruzadas e realiza leituras diariamente, tendo preferência por autores clássicos da literatura. Teve o melhor desempenho no teste de memória de curto prazo, bem como o maior escore no nível de atividade intelectual.

Dona Azaléia: Participante com 67 anos, casada, classe econômica A2. Ela tem alto nível cultural e intelectual, mora em uma casa ampla, com bastante árvores e plantas no jardim. Foi farmacêutica-bioquímica, tem especialização, trabalhou como funcionária pública na área da saúde. Teve um dos melhores desempenhos cognitivos e aparentou estar muito bem, feliz e realizada. Tem horário invertido, ficando a noite inteira acordada e dormindo

de manhã. Sempre teve uma situação econômica favorável, o que permitiu com que ela e toda a família invertessem os horários.

Dona Bromélia: Participante com 64 anos, casada, classe econômica B2. Tem segundo grau completo e foi professora. Indicou ter depressão clínica, bem como o uso contínuo de antidepressivos desde que recebeu o primeiro diagnóstico, há 20 anos. Atualmente, ela toma fluxetina (há 4 anos). Ela apresentou um escore de 2 na GDS, que não seria considerado como depressão. O escore na escala de estresse foi bem acima da média, diferente das outras participantes deprimidas.

Dona Calêndula: Participante com 60 anos de idade, viúva, classe econômica B1, formada em dois cursos superiores (pedagogia e direito), tendo feito a segunda faculdade porque se sentia vazia, sem atividades. Mora com a neta. Relatou ter depressão sem diagnóstico clínico, mas que sente aumentar quando diminui o número de atividades. Ela relata que quando sente que vai ter uma crise procura aumentar as suas atividades, sair de casa. Frequenta cursos de alemão, pintura, artes e realiza leituras todos os dias. Tem um alto nível de atividade intelectual.

Dona Camélia: Participante com 65 anos, casada, classe econômica B2, mora em uma casa com o marido. Tem segundo grau completo, foi dona de casa e ajudava o marido na venda. Costuma ler e fazer palavras cruzadas. Faz caminhada todos os dias. Muito ativa na casa, trabalhando na venda do marido e nas atividades do lar, conforme fez a vida toda. Não tem, nem nunca teve depressão. Não apresenta nenhuma doença e é fumante desde jovem.

Dona Cássia: Esta participante tem 64 anos, é viúva, classe econômica B2. Ela é formada em Serviço Social e trabalhou com vendas. Atualmente está aposentada. Nunca teve depressão, é fumante e pratica atividade física regularmente há 3 anos. Faz tai-chi-chuan e caminhadas. Tem uma renda mensal de 950 reais e mora sozinha, reclamando de pouca companhia. Ela teve câncer na bexiga, mas está curada.

Dona Celestina: Participante com 61 anos, classe econômica B2, formada em pedagogia com especialização que trabalhou como professora. Depois de se aposentar conseguiu emprego no asilo, onde ocupa o cargo de administradora a fim de completar o orçamento da família. Sua nora morreu e por isto ela toma conta da neta. Não apresentou depressão e o seu nível de estresse percebido está um pouco acima da média, mas nada que afete sua vida (segundo ela).

Dona Cravina: Participante com 60 anos de idade, viúva (o marido era pescador), tem uma renda mensal de 350 reais, classe econômica E. Trabalhava com renda de bilro. Ela não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever. Esta participante indicou que achava que tinha tido depressão há aproximadamente 15 anos, quando perdeu dois filhos. Ela relatou que naquele tempo não queria sair de casa e chorava todos os dias. Ela não tinha luz elétrica e disse não ter atividades nas quais pudesse se distrair, pois sem a luz e as condições necessárias de moradia ela não tinha opções. Hoje ela está melhor, embora tenha relatado que sente sua vida vazia e sem saída.

Dona Dália: Esta participante tem 69 anos, é viúva, classe econômica D, mora sozinha. Ela morava em São Paulo, onde trabalhava num frigorífico, na desossa. Teve uma vida de trabalho, saía de manhã cedo e só retornava a noite, ocasião em que tinha que fazer a

comida para os filhos e marido e cuidar da casa. Ela tem problemas com insônia, labirintite e artrose, que ela atribui ao trabalho que fazia na câmara fria. Ela não teve oportunidade de estudar, sendo que conseguiu se alfabetizar quando se mudou para a cidade e começou a trabalhar como empregada doméstica, aos 12 anos, e freqüentava um curso noturno escondido da mãe, que acreditava que a escola era apenas para rapazes.

Dona Flor: Esta participante tem 65 anos de idade, classe econômica D, divorciada. É costureira há 45 anos e ainda trabalha. Em média, ela costura 8 horas por dia, mas tem dias em que fica desde manhã até a noite costurando. Teve a infância na roça e não pôde estudar por causa disto, mas sabe ler e escrever. Ela ainda costura para poder manter a casa e as coisas que gosta de fazer, porque a sua aposentadoria é muito baixa e não é suficiente para manter as suas despesas, incluindo aluguel, condomínio, etc. Na ocasião da coleta de dados muitos trechos foram difíceis de transcrever porque ela tinha ido ao dentista e extraído alguns dentes que, segundo ela, só poderia repor com a “ponte” no próximo mês, por causa dos horários do dentista, pois foi atendida no sistema público.

Dona Gardênia: Esta idosa tem 60 anos de idade, foi empregada doméstica e está casada, classe econômica C, tem uma renda mensal de 900 reais, da qual 3 pessoas dependem. Esta participante completou a escola primária e não estudou mais, indicou realizar leituras de jornais, mas diz não as realizar mais. Disse que não tinha lazer no passado e que agora ela organiza a casa no seu tempo livre. A sua pontuação na escala de depressão em geriatria foi 6, que pode ser considerado depressão. Entre as questões da escala, a participante indicou ter deixado de seus interesses e atividades, que sentia sua vida vazia, não se sente feliz a maior parte do tempo, sente que a sua situação não tem saída e prefere ficar em casa a sair fazer coisas novas. A sua pontuação na escala de estresse foi normal, perto da média (escore de 21). Esta participante indicou sofrer de insônia e tomar lexitan para dormir.

Dona Gloriosa: Esta participante tem 79 anos, viúva, classe econômica C. Muito lúcida e bem humorada. Tem segundo grau completo, foi professora e ajudava o marido na venda, mora no mesmo prédio da filha e da neta, que ela diz monitorá-la. Gosta de sair de casa, passear e é muito alegre.

Dona Hortênsia: Participante com 73 anos de idade, viúva há 20 anos, classe econômica D. Ela mora com a neta, que já tem 23 anos, isto porque os pais dela (sua filha e seu genro) morreram num acidente de carro. Foi lavadeira/passadeira toda a sua vida, parou de trabalhar aos 60 anos e diz que a sua situação financeira melhorou após os 60 anos.

Dona Íris: Participante com 67 anos de idade, casada, classe econômica B1, casada curso superior e alto nível de atividade intelectual. Foi professora e morou em diferentes países e estados do Brasil. Disse ter depressão e fez um escore elevado na GDS. Ela relatou sentir a vida vazia e sem atividades, se sentir desvalorizada na sua profissão, pois acreditava que não conseguia emprego no que ela queria trabalhar por causa da idade.

Dona Jasmine: Participante de 83 anos, muito lúcida e com situação econômica confortável (renda mensal de 6.000 reais). Ela foi professora e é pensionista, viúva há 5 anos. Apresenta depressão bipolar, tendo recebido o diagnóstico há 30 anos. Apresentou queixas de memória e não teve bom resultado de memória nos testes.

Dona Lobélia: Esta participante tem 73 anos, é viúva, classe econômica B1 e mora sozinha em um apartamento amplo (cobertura). Trabalhou como esteticista e professora de ginástica, na clínica de estética que ela tinha em sociedade com o marido. Ela é viúva do primeiro e do segundo casamento. Apresenta depressão há 16 anos, e toma remédio desde então. Apesar de ela apresentar depressão há 16 anos, ela fez um escore de um ponto na GDS.

Dona Margarida: Esta participante tem 75 anos e é divorciada, classe econômica C. Trabalhava como costureira e dona de pensão. Ela tem insônia crônica, desde criança, não consegue dormir a noite. Teve mielite transversa há 26 anos e ficou 3 meses paralisada. Teve que reaprender a andar. Morou 12 anos com a filha e agora voltou para o seu apartamento, onde mora com outra filha, mas leva uma vida independente.

Dona Orquídea: Participante com 61 anos, casada, classe econômica B1. Teve uma infância difícil, com pai alcoólatra que brigava com a mãe. Trabalhou enquanto criança porque era muito pobre. Estudou até a terceira série do primário. A participante relata: “me criei pobre, mas casei bem”. Sou a única da família que não tem hipertensão e depressão”. Ela trabalhou com o marido, na área de comércio de imóveis, e parece ter assumido o comando da família. Relata ser muito requisitada pela família pois diz “resolver as coisas” com facilidade. Estudou pouco, mas tem um nível de atividade intelectual razoável, pois tem hábito de leitura e de jogos como memória e palavras cruzadas. Teve escores muito baixos na GDS e na PSS, e bom desempenho cognitivo.

Dona Palma: Participante com 63 anos de idade, classe econômica B2. Foi solteira a maior parte da vida e casou-se há dois anos. Antes do casamento, a sua situação econômica era pior. Trabalhou a maior parte da vida como vendedora de uma loja no centro de Florianópolis. Ela ganha uma aposentadoria de 350 reais, com a renda do marido eles vivem com 1400 reais por mês. Ela tem fibromialgia e recebeu diagnóstico clínico de depressão há 4 anos, segundo ela, desde que o irmão, de quem cuidou durante muito tempo, se suicidou. Além disso, ela atribui a depressão à mudança de residência, pois segundo ela, a vizinhança que ela tinha no outro endereço era amiga, se falava, enquanto agora, no apartamento, os vizinhos não se cumprimentam, o que a faz se sentir muito sozinha.

Dona Rosa: Esta participante tem 62 anos de idade, é divorciada, classe econômica B1, mora sozinha e tem apartamento próprio. Ela é formada em pedagogia e tem um alto nível de atividade intelectual. Tem glaucoma e enxerga nitidamente apenas 4 horas do dia, com duas lentes e óculos. Necessita de um transplante de córnea, que pretende fazer logo. Ela relatou se sentir a maior parte do dia como se estivesse em um nevoeiro, o que a força a ficar em casa a maior parte do dia. Teve depressão no passado e ainda tem algumas crises. Entrevista que durou 5 horas.

Dona Tulipa: Participante com 62 anos de idade, classe econômica E, viúva de pescador. Foi dona de casa. Relatou ter recebido diagnóstico clínico de depressão há 19 anos e continuar deprimida até os dias atuais. Isto é confirmado pelo resultado da GDS, onde a idosa obteve 13 pontos. Ela relatou já ter tentado suicídio e disse que se sente muito mal. A sua condição econômica não é boa, pois ela se mantém com uma pensão de 350 reais, indicando que sempre falta um pouco, mas que os filhos ajudam. A participante apresentou queixas de memória e relatou ter esquecimentos frequentes.

Dona Violeta: Esta participante tem 66 anos de idade, classe econômica B1 e viúva. Tinha um salão de beleza e era casada com um coronel, morou no Rio de Janeiro e se mudou para Florianópolis em 2000, após o assassinato do filho e do marido. Ela teve uma infância difícil e disse não ter estudado porque levou uma pedrada e com isto a professora disse que ela era “retardada mental” e por isto não poderia estudar. Ela aprendeu a ler recentemente. Ela desfilava em escola de samba, chegando a ganhar diversos prêmios como sambista. Sua filha morreu ainda adolescente no naufrágio do *Bateau Mouche*, seu filho foi assassinado um ano antes do marido. Ela presenciou o assassinato do marido. Apresenta queixas de memória e teve depressão.