



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PEDAGOGIA E EDUCAÇÃO

A prática de exercícios regulares desenvolvida com idosos atendidos no Programa “Cabelos de Prata”, na cidade de Boa Vista/Roraima /Brasil

Francisco Ronaldo Bezerra Melo

Orientação: Prof.^a Doutora Clarinda de Jesus Banha Pomar

Co-orientação: Prof. Doutor Luiz Aimberê de Freitas

Mestrado em Educação

Área de especialização em Educação para a Saúde

Dissertação

Évora, 2015

Aos idosos que vivem de forma sedentária,
sem habilidades para uma boa
comunicação e exercício físicos.

AGRADECIMENTOS

A minha esposa que me auxiliou com incentivos para a realização desse Mestrado.

Aos meus filhos que compreenderam minha ausência, em especial, nos momentos que antecederiam as avaliações.

A Professora Orientadora Doutora Clarinda de Jesus Banha Pomar, pois me orientou em todos os passos dessa Dissertação.

Aos professores do Curso em Educação para a Saúde que muito me auxiliaram com seus ensinamentos.

Ao Diretor do Projeto Cabelo de Prata e aos idosos que me auxiliaram na pesquisa em campo, que foram muito úteis para uma compreensão diferenciada.

Não se trata de dar mais anos à vida,
mas sim mais vida aos anos

(COLLADO, 1993)

A prática de exercícios regulares desenvolvida com idosos atendidos no programa “Cabelos de Prata”, na cidade de Boa Vista/Roraima/Brasil.

RESUMO

O presente trabalho trouxe um referencial teórico sobre os exercícios regulares desenvolvidos com idosos, realizando uma análise dessa prática no Programa Cabelo de Prata, na cidade de Boa Vista, Roraima. A importância deste estudo reside em compreender melhor a necessidade da participação dos idosos em programas sociais e de atividade Física que beneficiem sua qualidade de vida. O enquadramento teórico objetivou compreender o histórico dos exercícios regulares como fontes de saúde para o corpo; identificar fatores que influenciam na prática de atividades físicas; relacionar as atividades desenvolvidas e o estado de saúde dos idosos que as praticam. No desenvolvimento do estudo empírico, verificou-se que são os homens que mais participam dos exercícios físicos realizados no Programa Cabelo de Prata. As atividades físicas preferidas pelos idosos são os exercícios físicos gerais e dançar.

Palavras-chave: Exercícios Regulares, Idosos, Programa Cabelo de Prata, Educação para a saúde.

The practice of regular exercises developed with seniors in the “Silver hairs” program, at Boa Vista/Roraima City, Brasil

ABSTRACT

This study provides a theoretical framework of the regular exercises developed with the elderly, conducting an analysis of this practice in the Silver Hair Programme in the city of Boa Vista, Roraima. The importance of this study is to bring greater awareness to the readers about the need for the participation of the elderly in social programs that benefit their quality of life. Aiming to understand the history of regular exercise as sources for body health, to identify factors that influence physical activity; relate the activities and health status of the elderly who practice them. In developing the empirical study we found that men participated more in physical exercises developed in Silver Hairs Program. Physical activities preferred by the elderly are regular exercise and dance.

Keywords: Regular exercises, Elderly. Silver Hair Program, Health Education.

Índice Geral

Agradecimentos	v
Resumo	ix
Abstract	x
ÍNDICE GERAL	xi
Índice de quadros	xii
Índice de figuras	xiv
Índice de gráficos	xv
Índice de Apêndices	xvi
Índice de Anexos	xvi
Índice de abreviaturas	xvii
1. INTRODUÇÃO	1
2. HISTÓRICO DOS EXERCÍCIOS REGULARES COMO FONTE DE SAÚDE PARA O CORPO	5
2.1 TEORIAS DO ENVELHECIMENTO	6
2.1.1 Envelhecimento biológico e funcional	10
2.1.1 Envelhecimento psicológico e social	15
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS	17
2.3 A SAÚDE DO IDOSO	24
2.3.1 Andropausa	25
2.4 INATIVIDADE FÍSICA DOS IDOSOS	29
3. FATORES QUE INFLUENCIAM NA PRÁTICA DE ATIVIDADE DOS IDOSOS	33
3.1 BENEFÍCIO DA ATIVIDADE FÍSICA REGULAR PARA O IDOSO	41
4. CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO CABELO DE PRATA	47
4.1 HISTÓRICO DO PROJETO CABELOS DE PRATA	47
4.1.1 Definição legal de idoso	49
4.1.1.1 Fundamentação do projeto cabelos de prata	50
4.2 HISTÓRICO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E TRABALHO	52
4.3 IDOSOS QUE FAZEM PARTE DO PROJETO CABELO DE PRATA	54
5. METODOLOGIA	57
5.1 DEFINIÇÕES DAS PESQUISAS	58
5.2 MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO	59
5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	59
5.4 DEFINIÇÃO DO UNIVERSO E DIMENSÃO DA AMOSTRA	60
6. ANÁLISE DE DADOS	65
6.1 ANÁLISE DAS RESPOSTAS DOS PERSONAL TRAINER DO PROGRAMA CABELOS DE PRATA	65
6.2 ANÁLISE DAS RESPOSTAS DOS IDOSOS PARTICIPANTES DO PROGRAMA CABELO DE PRATA	68
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
APÊNDICES	89
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO COM O GESTOR DO	

PROGRAMA CABELOS DE PRATA	91
APENDICE B – QUESTIONÁRIO COM OS PROFESSORES/PERSONAL TRAINER DO PROGRAMA CABELO DE PRATA	93
APENDICE C – QUESTIONARIO PARA OS IDOSOS DO PROGRAMA CABELO DE PRATA	95
ANEXOS	97

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Teorias do Envelhecimento.....	6
Quadro 2 – As barreiras e facilitadores atribuídos à prática cotidiana das atividades físicas entre os idosos nos anos de 2007 a 2011	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – População brasileira em 2010	20
Figura 2 – Estimativa da população brasileira para 2050	20
Figura 3 – Participação dos brasileiros em grupos etários de destaque entre 1980-2050	22
Figura 4 – Evolução dos idosos maiores de 80 anos, por sexo. Brasil, 1980-2050	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Sexos dos idosos participantes dos exercícios físicos	62
Gráfico 2 – Idade dos idosos que praticam das atividades físicas	66
Gráfico 3 – Atividades físicas que os idosos preferem	67
Gráfico 4 – Escolaridade dos idosos que mais participam das atividades físicas	67
Gráfico 5 – Sexos dos idosos participantes do Programa Cabelo de Prata	68
Gráfico 6 – Idade dos idosos	69
Gráfico 7 – Renda dos idosos	70
Gráfico 8 – Escolaridade dos idosos	70
Gráfico 9 – Tempo de participação no Projeto Cabelo de Prata	71
Gráfico10 – Atividade que o idoso prefere realizar	72
Gráfico11 – Atrativos boavistenses que os idosos gostariam de conhecer	73
Gráfico12 – Atrativos turísticos conhecidos pelos idosos	74
Gráfico13 – Atrativos turísticos que os idosos gostariam de conhecer	74
Gráfico14 – Viagens e excursões para complementar os exercícios físicos	75

ÍNDICE DE APÊNDICES

APENDICE A – QUESTIONÁRIO COM O GESTOR DO PROGRAMA CABELOS DE PRATA	91
APENDICE B – QUESTIONÁRIO COM OS PROFESSORES/PERSONAL TRAINER DO PROGRAMA CABELO DE PRATA	93
APENDICE C – QUESTIONARIO PARA OS IDOSOS DO PROGRAMA CABELO DE PRATA	95

ÍNDICE DE ANEXO

Anexo I – LEI Nº 843, DE MARÇO DE 2006	97
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS

AAVD: Atividades Avançadas da Vida Diária;

AIVD: Atividades Instrumentais da Vida Diária;

AVD: Atividades Básicas da Vida Diária;

EUA: Estados Unidos da América;

CDC: Centers for Disease Control;

CF: Capacidade Funcional;

DAEM: Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino;

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

Kcal: kilocalorias

LOAS: Lei Orgânica da Assistência Social;

MS: Ministério da Saúde;

PMAS: Planos Municipais de Assistência Social;

PSA: Antígeno Prostático Específico;

OMS: Organização Mundial de Saúde;

ONG: Organização Não Governamental;

SABE: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento;

SUS: Sistema Único de Saúde;

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

1. INTRODUÇÃO

É fundamental a participação dos idosos em Clubes, Associações, Igrejas e Programas Sociais, onde é, a partir desses ambientes, que o idoso deixa o sedentarismo físico e psicológico que vem adquirindo no decorrer dos anos. Pensando nesta perspectiva, considerou-se necessário produzir uma pesquisa sobre a questão, já que todos os seres humanos possuem a tendência de envelhecerem.

Nota-se que existem pessoas na terceira idade que possuem um condicionamento físico similar a alguns jovens ou adultos, por praticar atividades físicas contínuas e apropriadas, quando esta é benéfica em todas as idades, auxiliando sempre na manutenção a saúde, bem-estar e qualidade de vida. Quanto aos que não exercem esse tipo, e demais atividades, conseqüentemente, sofrerão sintomas do envelhecimento mais rápido do que algumas pessoas já idosas com um padrão de vida exemplar para o seu próprio corpo.

Para buscar uma referência mais significativa quanto ao tema, foi preciso especificar o objetivo geral: avaliar como a prática de exercícios físicos pode contribuir para a qualidade de vida dos idosos. Partindo desse princípio, foi possível evidenciar os seguintes objetivos específicos: compreender os efeitos dos exercícios regulares como fontes de saúde para o corpo; identificar fatores que influenciam na prática de atividades físicas dos idosos; relacionar as atividades desenvolvidas e o estado de saúde dos idosos que as praticam; avaliar a influência do Programa Cabelo de Prata na vida dos idosos de Boa Vista, Roraima.

Justifica-se a necessidade de estudos específicos sobre o Programa Cabelo de Prata, pois, muitos adultos realizam a matrícula de seus idosos, simplesmente para descansarem ou realizarem outras atividades benéficas somente para eles, contudo, não esperam resultados desse Programa. Porém, este Programa pode revelar-se muito importante na vida desses idosos, na medida em que pode aumentar a sua satisfação, diminuir a depressão e aumentar a qualidade de vida.

Deve-se observar também os casos de idosos que fazem sua própria matrícula, pois, sentem que estão sedentários e por não terem outras atividades trabalhistas, resolvem investir seu tempo em cuidados com a saúde e o bem estar, como matriculando-se no Programa Cabelo de Prata.

No entanto a baixa publicidade do projeto torna-o muitas vezes com poucos participantes em razão do não conhecimento por parte dos idosos de seus benefícios.

A importância deste estudo reside em diversos fatores, sendo um deles relevar os benefícios de um estilo de vida ativo entre os idosos. A alta incidência de múltiplos agravos nos idosos é o reflexo direto da exposição simultânea a diversos agentes infecciosos que, muitas vezes, veem desde a juventude.

Separando seu tempo de maneira efetiva do convívio da família com a sociedade, o idoso avaliará que possui tempo para cuidar da sua saúde, fazendo exames com certa rotina e cuidando de doenças enquanto ainda estão pequenas. Tudo isso, com uma autoestima e auto realização, que fortalecerá nos aspectos essenciais para a vida, onde a sociedade participa. Essa elaboração foi proposta para dar ao idoso mais perspectivas, onde o mesmo vá além de suas funções rotineiras.

Consideramos muito importante auxiliar o idoso em sua saúde, desenvolvendo-lhe novos conhecimentos, fazendo-os vencer os seus limites, e melhorar os aspectos da sua realização pessoal. Consciencializar o idoso na percepção que envelhecer não é tornar-se um ser fisicamente debilitado, não possui o mesmo significado de inaptidão, de doenças. Contudo, sendo esta a fase da vida que precisa de maiores acompanhamentos, é preciso analisá-la com realismo e compreender todas as possibilidades e oportunidades que o idoso tenha.

A metodologia trabalhada foi a pesquisa bibliográfica e a pesquisa em campo, onde se compreenderam e articularam os conceitos e opiniões dos autores com os resultados adquiridos a partir das respostas dos questionários. As conclusões que daí derivaram foram fundamentais para se traçarem sugestões de desenvolvimento do Programa Cabelo de Prata.

A dissertação está dividida em sete capítulos, que passamos a esclarecer.

No primeiro capítulo encontra-se a introdução, onde se explicitam os passos desenvolvidos para aquisição de informações pertinentes para os exercícios regulares desenvolvidos com idosos;

No segundo capítulo encontra-se o histórico dos exercícios regulares como fontes de saúde para o corpo, juntamente com as teorias do envelhecimento que onde se recolheram informações sobre o envelhecimento biológico, funcional, psicológico e social, e onde também foram descritas algumas políticas públicas que beneficiam a saúde dos idosos e evidenciam os malefícios da inatividade física;

No terceiro capítulo explicitam-se os fatores que influenciam na prática de atividades físicas dos idosos, esclarecendo o papel e os benefícios da atividade física regular para o idoso e sua saúde;

No quarto capítulo tem-se a caracterização e o Histórico do Projeto Cabelos de Prata, juntamente com as definições legais dos idosos. Nesse mesmo capítulo tem-se o histórico da Secretaria de Desenvolvimento Social e Trabalho, especificando claramente os idosos que fazem parte desse projeto.

No quinto capítulo apresenta-se a metodologia, com as definições da pesquisa, método de investigação e definição do universo e dimensão da amostra.

No sexto capítulo encontra-se a análise e discussão dos resultados recolhidos com os instrumentos de pesquisa (dados das respostas dos personal trainer, gestores e idosos que estavam matriculados do Programa Cabelo de Prata, em Boa Vista, Roraima).

No sétimo capítulo têm-se as conclusões finais adquiridas por meio da pesquisa bibliográfica, pesquisa em campo e textos desenvolvidos a partir da experiência adquirida nesse mestrado.

No oitavo capítulo encontram-se as fontes bibliográficas pesquisadas para aquisição do conhecimento exposto.

Apresenta-se ainda um conjunto de apêndices que dizem respeito a todos os instrumentos de pesquisa que foram utilizados.

2. HISTÓRICO DOS EXERCÍCIOS REGULARES COMO FONTES DE SAÚDE PARA O CORPO

No decorrer do tempo o homem perde consideravelmente sua massa muscular, força, flexibilidade, massa óssea, estabilidade mental e emocional, além de acrescentar quantidade de gordura no corpo (Papália & Olds, 2012) (Papália & Olds, 2012) o que faz decrescer a sua capacidade funcional geral.

Também Perracini e Ramos (2002) informam que, com o envelhecimento, existem algumas alterações nos variados organismos, independente da composição cardiovascular, corporal, muscular, neural, pulmonar entre outras atribuições orgânicas que são modificadas, o que se repercute na saúde com efeitos nocivos, minimizando a generalidade das competências funcionais e exercendo alterações no desempenho fisiológico do corpo.

Existe uma vasta literatura científica que comprova que o exercício físico está associado à prevenção e retardamento do envelhecimento. Desse modo, Matsudo (2010) relata que os idosos precisam estar ativos buscando em especial:

(...) aumento da autonomia e sensação de bem-estar; aumento da força muscular; manutenção ou melhora da flexibilidade; maior coordenação motora e equilíbrio; maior sociabilidade; controle do peso corporal; diminuição da ansiedade e depressão; maior independência pessoal; ajuda no tratamento e prevenção de doenças, entre outros (p. 147).

É relevante que o idoso decida sobre o melhor exercício que lhe dê uma sensação de agradabilidade ao seu corpo, continuando com tal exercício até passar para o próximo, pegando prazer pelas atividades físicas.

É preciso seguir alguns exercícios essenciais para a grande maioria de idosos, que segundo Papália e Olds (2012) são:

(...) os exercícios aeróbios de baixo impacto como caminhadas, mas poderá fazer também bicicleta ou hidroginástica de 5x a 6x por semana de 30 a 60 minutos; exercícios com peso como a musculação 3x a 5x por semana; alongamentos, Yoga, Pilates entre outras atividades que também promovam uma maior flexibilidade e mobilidade articular, de 3x a 6x por semana (p. 298).

Observa-se que é mais saudável, conviver regularmente com determinados exercícios do que sem exercício nenhum. Conforme Papália e Olds (2012) referem, é válido o ser humano idoso conhecer detalhadamente diversas atividades físicas até defrontar-se com a mais favorável para a sua saúde física e psicológica.

De acordo com a OMS a melhor maneira de garantir uma boa saúde para velhice é por meio de prevenção, tendo como opção exercícios físico, acompanhamento psicológico e atendimentos a saúde de forma adequada. Reconhece também que a saúde publica precisa está mais abrangente, com ações que possa atingir principalmente os idosos. Lembra ainda que vem colaborando com incentivos e implementação de políticas que envolvem a prevenção e tratamento adequado para o idoso (Jacobzone e Oxleg, 2002). A OMS define a saúde como o completo estado de bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade.

2.1 TEORIAS DO ENVELHECIMENTO

As teorias do envelhecimento são compostas por outras teorias que a compõem, como:

Quadro 1: Teorias do Envelhecimento (adaptado de Cerqueira, 2010)

Teoria Imunitária	É responsável pela formação de anticorpos que atacam as células do organismo provocando o envelhecimento.
Teoria Genética	As características genéticas de cada espécie de mamíferos determina a sua taxa metabólica e, deste modo a sua maior ou menor longevidade compativelmente às suas espécies.
Teoria do erro na sintaxe proteica	Quando o envelhecimento resulta da aplicação defeituosa na síntese de proteínas que são utilizadas na sintetização de outras. Quando são proteicas envolvidas na síntese do DNA, podem ocorrer disfunções celulares e patologias,

Teoria nos radicais livres	Essa teoria diz que o envelhecimento e a morte celular provêm dos efeitos nefastos causados pelos radicais livres causando danos sobre o DNA que levam a mutações podendo originar neoplasias.
Teoria neuroendócrina	É uma das teorias genéticas do fenômeno de envelhecimento mais relevante, quando diz que o nível de envelhecimento é o resultado do declínio de diversos hormônios do eixo hipotálamo – pituitária – adrenal que controlam o sistema reprodutor, o metabolismo e outros aspectos do funcionamento normal (Mota, 2004).
Teoria do desgaste	Esta teoria diz que os desgastes explicam as anomalias celulares que afetam o organismo humano.

São várias as teorias que se diferenciam entre si, em razão de suas características peculiares, que proporcionam um conhecimento rápido entre elas. Existem também as teorias do envelhecimento psicossocial, que são: teoria da continuidade, teoria da atividade e a teoria da desinserção (BRANDÃO, 2008).

Perracini e Ramos (2002), Bee (2007) e Matsudo (2010) destacam que o envelhecimento biológico de todo e qualquer ser humano é natural para sua espécie de corpo. Este efeito pode ser analisado em todos os sistemas e aparelhos, ou seja, muscular, nervoso, endócrino, circulatório, ósseo, imunológico e pulmonar. Para que o efeito não seja tardio, é necessária a conscientização dos profissionais da área de saúde, em especial os enfermeiros, por ser quem estão diretamente com esses idosos em todas as suas necessidades hospitalares.

Passaremos de seguida a descrever algumas das alterações morfofuncionais e biológicas, que estão associadas ao processo de envelhecimento, e que se manifestam nas capacidades motoras e exercem influência no nível de mobilidade e tipo de atividade física.

Dessa forma, para Bee (2007) e Brandão (2008), as alterações no aparelho locomotor são especificadas nesse contexto por motivo das células se degenerarem substancialmente ou mudarem de sustentação.

Amaral (2007) informa que a decadência no final da vitalidade é demonstrada pelos princípios mais relevantes que asseguram o método de senescência: ele é intrínseco, desenvolvido e irreversível. Dessa forma, o processo natural do envelhecimento é constantemente misturado com fatores que resultam da vida sedentária desse idoso.

Quanto às funções sensoriais, no decorrer do envelhecimento encontra-se a minimização funcional dos variados sistemas sensoriais do idoso. Para Bee (2007) as modificações mais rotineiras é a minimização da agudez visual. Existem outras modificações da visão que tem relevância para a movimentação do idoso, são elas: a minimização da compreensão de espaço físico, a diminuição da visão no momento de olhar para o alto e a limitação para seguir os objetos ou as pessoas com o olhar, a minimização da audição, que contribui para a falta de orientação no espaço.

O envelhecimento dos músculos das pernas demonstra minimização significativa entre 25 a 35% de sua dimensão nos idosos, se comparados aos seres humanos mais jovens, enquanto os músculos dos braços se atrofiam ou diminuem o tamanho das células (BRASIL, 2008).

Observa-se que tal distinção “regional sugere ocorrer nos músculos dos membros inferiores uma espécie de atrofia por falta de uso. De modo que um indivíduo de 80 anos possui apenas 50% das fibras encontradas em adultos” (Laurenti, 2009, p. 91).

Observa-se que o tecido conjuntivo está localizado em todo o corpo humano, onde as consequências da 3ª idade são expostas sem aceitação ou não do psicológico de cada um. Quando o idoso perde elasticidade do tecido conjuntivo, ele é o causador da pele com aspecto rugoso. O tecido unido de outras estruturas, além disso, produz lesões nos pulmões, músculos e nas articulações (Gallo, Castro & Maciel, 2007).

As diferenças que as articulações demonstram é que o idoso segura as coisas sem a força de antes. Negrini (2006) explica que a minimização de suas mobilidades pode ser concedida e alterada no momento em que acontece no colágeno e na elastina, que são partes da estrutura dos tecidos dos idosos.

Para Laurenti (2009) o tecido conjuntivo localizado dentro dos músculos e tendões desenvolve o relevante papel de sustentar a integridade estrutural das composições contráteis, com a função de defesa e de nutrição precisa de movimentos, já que o ciclo influência a percepção de relaxamento, por motivo da divergência de contração e repouso dos músculos em funcionamento, pois aglomera o líquido sinovial e seus nutrientes, por meio da cavidade articular.

Quanto ao envelhecimento e força muscular, a redução acentuada da força não se torna evidente senão a partir da idade aproximada de 60 anos. Parece que a vida sedentária acarreta perda de força maior nos músculos dos membros inferiores, em comparação com os superiores (Novelitz, 2009, p. 89).

Nos idosos, os músculos tornam-se mais lentos, contraindo-se e relaxando-se brandamente, isso torna o idoso cansado e preocupado, pois, não está com o vigor de um adulto jovem. Essa minimização da velocidade pode ser averiguada com menos contribuição disposta regularmente das “fibras musculares do tipo II à contração em abalo, ao lado da modificação dos mecanismos que regulam o metabolismo do cálcio, nas pessoas de idade avançada” (Rey, 2009, p. 71).

Durante o esforço físico, as demandas dos músculos em atividade em relação aos nutrientes e ao oxigênio aumentam de forma dramática. O coração responde aumentando o seu débito em 4 ou 5 vezes. O coração da pessoa idosa perde essa reserva, à razão de aproximadamente um batimento a cada ano, a começar pelos primeiros anos de vida (Novelitz, 2009, p. 205).

Osullivan e Schmitz (2006) informam que um aspecto essencial para ser averiguado é a capacidade de adaptação dos idosos, onde compreende-se que a fisioterapia para idosos trata da capacidade dos tecidos e sistemas em se adequarem as incitações terapêuticas. Os idosos, por vezes, podem não se afeiçoar as forma mediante as intervenções terapêuticas, dessa forma, é necessário ter a responsabilidade de particularizar o programa fisioterapêutico.

2.1.1 Envelhecimento biológico e funcional

O envelhecimento é particularizado por uma sucessão de estados ou de mudanças, com modificações funcionais, morfológicas e bioquímicas. Essas modificações repercutem-se, não somente na redução da capacidade do idoso em continuar a viver no seu ambiente natural, como na sua aptidão para resistir à instabilidade e às agressões exteriores e interiores tornando-o mais sensível que induz conseqüentemente a funcionalização do organismo, voltando mais sensível os desajustes intrínsecos e extrínsecos (Guimarães *et al.*, 2004).

Conforme Neri (2005), o envelhecimento abrange o estado de modificação do organismo, que acontece a partir da maturação sexual e evidencia a minimização gradual da perspectiva de vida. Tais processos, começados em distintas idades e condições físicas e psicológicas, agem reciprocamente entre si e proporcionam resultados diferentes em partes distintas e funções do organismo dos idosos.

Dessa forma, Affiune (2002), ressaltam que o envelhecimento natural traz alterações que são proporcionadas somente pelas mudanças no envelhecimento, como ausência de manifestação de estado mórbido biológico ou psicológico, onde o processo fisiológico acontece com alterações morfológicas, orgânicas e funcionais que acontecem no decorrer dos anos.

A velhice patológica ou senilidade está associada à presença de doenças crônicas não-transmissíveis ou de outras alterações biológicas ou psicológicas que podem acometer e modificar a saúde dos idosos. Sendo assim, a senilidade seria mais comum em idosos longevos do que em idosos jovens (Affiune, 2002, p. 42).

De acordo com Farinatti (2002), Mota, Figueiredo e Duarte (2004) as teorias que legitimam a visão biológica do envelhecimento, estão didaticamente sistematizadas em: teoria genético quando diz que o envelhecimento celular tem lugar a partir do momento em que, naturalmente, começam a ocorrer erros em processos como a transcrição e transporte de material genético ou mutações somáticas, quando de fato o envelhecimento do corpo é analisado como um funcionamento sem interrupção estabelecido geneticamente. Enquanto a teorias estocásticas, acontece porque o corpo não

precisa de grande quantidade de agressões, para compensar situação que não pode ser harmonizada com as medidas necessárias das funções orgânicas e da vida (Farinatti, 2002; Mota *et al.*, 2004).

Rosa *et al.* (2003) informa que o envelhecimento é demonstrado a partir da perda de função e de resistências dos órgãos e sistemas do corpo” (p.64).

No decorrer da vida, existem alterações celulares e acréscimo de colágeno que evidenciam maximização da rigidez e minimização da elasticidade do miocárdio, isso significa menos condições de ocupação em suas câmaras e dificuldade ainda mais a contratilidade. Por motivos de tais alterações de estruturas e funcionalidades do corpo humano, o coração precisa bombear sangue em sentido contrário ao sistema de vasos compactados e endurecidos, o que geralmente condiciona a pressão arterial sistólica (Lago & Souza, 2012).

Wong e Carvalho (2012) informam que a senescência evidencia a minimização das condições física aeróbia e anaeróbia, por tal motivo, a modificação ocorre por motivo da minimização no fluxo sanguíneo até chegar aos músculos esqueléticos, e da minimização das enzimas do ciclo de Krebs e das fibras musculares brancas. Durante as atividades físicas, a contração em uma pessoa jovem ou de meia idade é maior do que no idoso, e da mesma forma do mecanismo compensatório acontece o acúmulo do volume sistólico final.

Para Rahal *et al.* (2007) outro resultado do envelhecimento ocorre por meio da sarcopenia, que é um processo demorado e contínuo visualizado com perda muscular esquelética, onde diversos fatores, como atividade física, hormonais, nutricionais, metabólicos e imunológicos, modificam a continuação desse processo.

A sarcopenia do envelhecimento está associada à considerável inabilidade física e à mortalidade no idoso. Ela representa um elevado fator de risco para a fragilidade muscular e a apoptose acelerada da fibra muscular, o que poderia constituir um mecanismo-chave que possivelmente regularia a sarcopenia. Essa apoptose poderia estar relacionada à atrofia muscular subsequente ao desuso crônico (VOLTARELLI *et al.*, 2007, p. 204).

Dessa forma, a ciência tem evidenciado um relevante papel quanto ao exercício físico para os idosos, informando que a tendência de quem realiza exercícios físicos desde jovem estimula o músculo esquelético (Voltarelli *et al.*, 2007).

Com isso, Silva (*et al.*, 2006) informa que a falta de exercícios físicos contribui para a sarcopenia evidenciada junto ao envelhecimento do homem. Contudo, a continuação das atividades físicas retarda a perda muscular, dessa forma, para que esse retardamento seja perceptível com a idade, é necessário ter a prática de exercícios físicos regularmente, pois, a mesma está ligada à massa e à força muscular.

Mesmo existindo uma concordância nas pesquisas, que o envelhecimento é idêntico ao acúmulo da variedade de prejuízos celulares e moleculares no decorrer da vida (Voltarelli *et al.*, 2007), cabe evidenciar que não é um método somente biológico, abrangendo as variadas dimensões da vida humana, como sejam: a emocional, ambiental, social, familiar, religiosa e etc., pois tais evidências não ocorrem comumente entre os seres humanos.

De acordo com Ramos (2003), Troster e Mochón (2002), um envelhecimento saudável é aquele condicionado pela interação da saúde física e mental, autonomia na convivência cotidiana, integração social, acompanhamento familiar e condições econômicas para manter-se até o fim da vida exercitando-se.

São, constantemente, elaborados ajustes nas pesquisas sobre o envelhecimento, caracterizando à junção do aumento da idade e a grande possibilidade de dependência concernentes as funções orgânicas vitais (Raso, 2002; Nunes *et al.*, 2005; Maciel & Guerra, 2007).

Essa incapacidade funcional foi esclarecida pela OMS (BRASIL, OMS, 2009) divulgada como o obstáculo da deficiência, em exercitar-se, e pela rejeição ao desempenho de atividades no cotidiano pelas funções realizadas.

Rosa *et al.* (2003) descreve que a independência prática do ser humano é estabelecida a partir da capacidade de fazer algo de suas próprias condições físicas. Contudo, a autonomia é especificada, a partir da capacidade de julgamento de se é realmente possível ao próprio corpo, da independência moral e de determinações individuais para realizar suas necessidades.

Conforme Neri (2005), o principal aspecto da independência é o idoso ter capacidade funcional (CF), que é especificado como a vida sem auxílio das pessoas mais jovens para a realização de funções diárias.

Neri (2005) e Netto (2007), informam que a CF é o grau de simplicidade que uma pessoa cogita, experimenta ou procede quanto a relação ao seu ambiente e o custo de energia, que era comum à qualidade da automanutenção, situação social, intelectual, emocional, realizações do idoso mediante as pessoas que com ele convivem.

Conforme Netto (2007), a sujeição é demonstrada pelo auxílio incondicional das funções básicas da vida, e a inaptidão em conjunto com à necessidade, levam à subordinação, tornando-se um processo dinâmico, alterando-se a todo o tempo. Dessa forma, Neri (2005) ressalta que a dependência, a independência e a autonomia dos idosos, são condições que não se eliminam e por vezes se estremecem.

A capacidade funcional do idoso pode ser bem trabalhadas e inseridas as AVDs (Atividades de vida diária), AIVDs (Atividades instrumentais de vida diária) e AAVDs (Atividades avançadas de vida diária), pois, as AVDs são as obrigatórias ao cuidado pessoal do idoso, compreendida como o autocuidado, relacionados a tomar banho, comer, vestir, descansar e levantar sem preocupações relacionadas ao ossos, ir ao banheiro e caminhar por locais não muito distantes (Paixão Júnior & Reichenheim, 2005; Ramos 2003; Neri, 2005).

AIVDs são funções que evidenciam a realização de compras, cozinhar, referenciar o valor da aposentadoria na sua residência, trabalhar os serviços domésticos o mínimo possível – até que o idoso sinta um pequeno nível de desconforto –, ir ao médico regularmente, cuidar da sua integridade e segurança; evidenciam a capacidade do idoso de estar em qualquer ambiente familiar, mesmo não sendo o seu. Os espaços para AVDs são evidenciados para determinar a valia das caracterizações dos altos índices de incapacidade, pois, muitos idosos estão institucionalizados por esse motivo (MOTA *et al.*, 2004; COSTA, 2006).

Para Paixão Júnior e Reichenheim (2005) as AAVDs, consistem nas atividades sociais espontâneos, ocupacionais e de lazer; obstáculos em

exercitar-se podem não direcionar a compreensão dos médicos para as funções motoras, com possíveis perdas futuras.

Um dos métodos bastante eficazes para trabalhar a capacidade funcional é a mobilidade, já que a mesma pode ser abalada pela exaustão dos músculos e esqueleto, evidenciando assim, o envelhecimento (AMARAL, 2008; ASSIS, 2010).

Conforme Oliveira *et al.* (2006) a mobilidade e a condição de mudança do idoso de seu ambiente de conforto, evidencia que a função física é bastante relevante para o psicológico, que se organizam com condições necessárias para o cumprimento das AVDs e as medidas necessárias para a independência. Os mesmos autores referem que “a senescência e a senilidade frequentemente são acompanhadas pelo declínio da mobilidade” (p. 279).

A movimentação está condicionada por fatores antropométricos, tais como a extensão articular e a força muscular o que, condiciona a persuasão de transferência corporal, marcha e estabilidade postural. Dessa forma Ferrari (2002) especifica que o processo do envelhecimento fisiológico não evidencia a estabilidade, trazendo mudanças nos estados do controle postural, geralmente evidenciando o surgimento de desestabilidade das funções principais, que são: cognição central, alcances sensoriais e formalização da resposta motora.

De acordo com Matsudo, (2001), é relevante especificar que esses fatores geralmente são influenciados não apenas pelo envelhecimento, mas pela estadia das patologias no corpo humano.

Cabe informar a relevância do acompanhamento da capacidade funcional, onde Parahyba e Simões (2006) descreve que a saúde do idoso deve ser constantemente avaliada, já que muitos deles possuem múltiplas doenças simultaneamente, que variam em gravidade e podem provocar diversos impactos na vida cotidiana” (p. 107). Ainda segundo essas informações, Py (2004), complementa que as condições de saúde funcional do idoso pode ser contemplado como um preditivo de mortes relacionadas ao envelhecimento.

Contudo, é preciso examinar a relevância da pesquisa dos resultados que aceitam uma melhor qualidade de vida aos idosos, e diversidade que a idade permite (Fleck *et al.*, 2003). Divulgar informações fidedignas e

cientificamente válidas quanto à velhice e o bem-estar admite a criação de possibilidades de intervenção para os mesmos.

2.1.2 Envelhecimento psicológico e social

A definição de idade psicológica não está estabelecida rigorosamente, podendo ser explicitada de maneiras diferentes. Dessa forma, pode-se dizer que este envelhecimento não depende da passagem do tempo, mas, „sobretudo, do esforço pessoal contínuo na busca do autoconhecimento e do sentido da vida” (Moraes et al, 2009, p. 70) ou melhor, trata-se da superação dos conflitos do cotidiano que são indispensáveis para que se possa atingir a interdependência psíquica, condição indispensável para a sabedoria, aquisição de conhecimento, percepção e memória, que estabelecem no potencial de desempenho da relação do senso pessoal da idade, que decorre quando o idoso aceita a presença ou a ausência dos seus marcadores sociais, psicológicos e biológicos, se confrontando com outras pessoas de idades iguais (NERI, 2005).

Aranha (2007) ressalta que a velhice acontece nos instantes em que a reflexão e exames da existência, em especial do passado, ou seja, todo ser humano, por vezes, pensa que hoje sofre consequências do que fez a mais ou a menos que o correto. No momento em que isso não for atendido, pode trazer sentimentos impróprios e de culpa, proporcionando um acúmulo de emoções desestruturantes.

De acordo com Caldas (2007) com o passar do tempo, ou seja, quando surgem o envelhecimento pode vir a surgir também os conflitos especificados como estresse crônico ou carga-excessiva de processos, onde a capacidade de convivência e resistência são essenciais para saúde psicológica.

Conforme Matsudo e Matsudo (2001), “um envelhecimento bem sucedido depende da capacidade de adaptação do indivíduo a mudanças físicas, emocionais e sociais, o que por sua vez dependeria de estrutura psicológica e das condições sociais construídas ao longo da vida” (p. 247). Dessa forma, Caldas (2007) destaca a relevância do conhecimento e a estabelece como a qualidade da pessoa que aceitando as limitações físicas e sociais que detenha, desenvolve um rígido controle das experiências

vivenciadas, o que magnifica a qualificação de autorregulação e dos seus limites anteriores.

Para Caldas (2007), a relevância da existência de uma “troca simbólica das inexoráveis perdas por ganhos em outras dimensões, como o atendimento as necessidade sociais e a renovação dos projetos de vida para que haja um envelhecimento bem-sucedido” (p. 96). Avaliando esse fenômeno, mesmo que um alto número de idosos demonstrem limitações sérias, os mesmos são menos frágeis do que parecem, por esse motivo, o ser humano mais jovem deve evitar considerá-lo como incapaz, pois para conseguir vivenciar uma idade tão avançada foi preciso se acostumar com os desajustes do corpo, desenvolver estratégias para vivenciar as limitações que vem ocorrendo desde o nascimento.

Aranha (2007) ressalta que:

Envelhecer não é condicional apenas à idade cronológica e que muitas vezes é mais fácil atribuir as características do envelhecimento somente à idade, pois isso isenta o indivíduo da responsabilidade sobre o processo de envelhecimento, especialmente no que diz respeito às limitações decorrentes de cuidados não tomados e de decisões e escolhas mal conduzidas durante a vida (p. 242).

Dessa forma, para Weinberg e Gould (2010), a saúde não é averiguada como significado de envelhecimento bem sucedido, onde para algumas pessoas a saúde é menos importante do que a efetuação de uma aspiração ou então, pode auxiliar o idoso a realizar seus objetivos, necessitando ou não de saúde psicológica para serem caracterizadas na vida.

Werle (2009) expressa que a saúde do ser humano pode sofrer diversificações no decorrer do tempo, isso significar dizer que, a pessoa idosa está propiciando a ser acometida de várias doenças em razão de algumas limitações do seu próprio corpo, e quando isso acontece o diagnóstico deve ser preciso e rápido em razão da não habilidade de algumas habilidades.

É relevante citar que o envelhecimento da sociedade, é o procedimento de alterações nos padrões e comportamentos, dos adultos e idosos, quando são reajustados os papéis e os posicionamentos de cada ser humano conforme sua capacidade (NERI, 2005).

Conforme Caldas (2007), “quando o tempo de vida percebido pelo idoso é ilimitado, as metas de longo prazo são almejadas, o que envolve a exploração do mundo e a aquisição de novas informações” (p. 284). Em referências as condições funcionais, encontrou-se correlação nos índices elevados de atividade social e grande autonomia funcional (PY, 2004; LIMA *et al.*, 2007).

À medida que o homem envelhece, chega uma forte necessidade de busca pelos cuidados dos familiares. Em especial referindo-se dos idosos longevos, onde tenham uma velhice realizadora estando fisicamente ativos, com mobilidade suficiente para viver bem por muitos anos, estando empenhado nos relacionamentos representativos e um intuito pessoal para a sobrevivência.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS

Na questão da saúde do idoso tem-se a política pública de assistência a Lei nº 8.842/1994, portaria 702 de 2002 que cria mecanismos de organização e implementação de redes estaduais de Assistência à Saúde do idoso tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Dentro desse mesmo contexto de políticas públicas estão inseridas as atuações da assistência social apresentada como políticas públicas de direitos à inserção, proteção, prevenção e promoção social, trabalhadas em grupo com as demais políticas públicas. Compreendendo esse novo paradigma imediatista e assistencialista traz melhorias para os idosos. Essa assistência voltada aos idosos por meio das políticas públicas visa a trazer resguardo e amparo social aos que precisam de tal assistência, independentemente das contribuições (Laurenti, 2009).

Isso demonstra que todo o cidadão “tem direito aos benefícios, serviços, programas e projetos sócio assistenciais sem o caráter contributivo, o que permite eliminar ou reduzir os níveis de vulnerabilidade e/ou fragilidade social” (Laurenti, 2009, p. 204).

Em decorrência da existência de pouco estudo relacionado com a saúde do idoso, torna-se um assunto praticamente invisível para a sociedade e os governantes, que pouco se preocupam em criar políticas públicas

evidenciando melhorar o bem-estar da pessoa idosa. Assim, parece-nos haver uma grande falha no sentido da implementação dessas políticas que venham garantir os direitos das pessoas idosas, conforme prevê o Estatuto do Idoso. Na falta de programas e orientação de profissionais capacitados, o idoso torna-se vulnerável aos riscos sociais, tornando-se dependente dos familiares e ficando suscetível aos maus-tratos, que ocorrem de várias formas: física, sexual, emocional e financeira (Ministério da Saúde, 2010).

Quanto às políticas de saúde, a partir de 1989 o Ministério da Saúde já estabelecia o desenvolvimento das Instituições referenciadas para o Atendimento ao Idoso segundo a Portaria GM 810/89. Contudo, foi apenas em 1998, na Portaria GM/MS n. 2.413, 2.414 e 2.416/98, que ficaram estabelecidos o desenvolvimento de atendimento a clientes sob cuidados estendidos, de internamento hospitalar geriátrico e Internamento o Domiciliar com a equipe médica (BRASIL, 2008).

Apenas em 1999 se tornou responsabilidade dos hospitais públicos, contratados ou convencionados pelo SUS (Sistema Único de Saúde), a possibilidade de métodos que aceitem a estadia do acompanhante dos clientes de 61 anos acima, que foi a Portaria GM/MS n. 280/99 e Portaria GM/MS nº 830/99, quando foi estabelecida a Política Nacional de Saúde do Idoso sob regime da Portaria GM/MS n. 1.395/99, estruturada pela Portaria GM/MS n. 2.528/06, que notificou os princípios da Política Nacional do Idoso quanto ao SUS (BRASIL, 2010).

A assistência social faz parte do sistema de seguridade social servindo de política pública não contributiva, onde é direito do idoso e dever do Estado. A assistência social possui mudanças valorosas, que são: a divulgação da LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social), em 1993, que a declarou como modelo para a política pública de seguridade social, levando-a a se responsabilizar pela oferta de proteção social à população social fragilizada; gestão partilhada pela inserção dos conselhos e elaboração para os recursos de assistência social no Governo Federal, Estadual e Municipal; criação dos PNAS (Política Nacional de Assistência Social); criação de instâncias de ajuste e conversão de conferências também no Governo Federal, Estadual e Municipal, onde realizavam fóruns de discussão, colaboração e opiniões na evolução da política (Brasil, Universidade Aberta à Terceira Idade, 2009).

O Estatuto do Idoso, também conhecido como Lei nº 10.741, de 01/10/03, traz os direitos garantidos aos cidadãos brasileiros com mais de 60 anos de idade, descrevendo deveres e medidas de punição a quem não os respeitarem. Essa é uma maneira estabelecida para a proteção e regulamentação de todos os direitos do idoso (Brasil, 2003).

No Estatuto do Idoso, estão claras as obrigações da família e sociedade quanto ao idoso.

(...) obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Estado assegurar à pessoa idosa a efetivação dos direitos à vida, à educação, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Art. 3 *apud* Brasil, Estatuto dos Idosos, 2003, p. 24).

Dessa forma, é proibida a discriminação, violência, negligência ou crueldade que o idoso possa enfrentar ou afronte aos seus direitos, seja por ação ou omissão, e ocorrendo tais fatos, existe punição prevista em lei (BRASIL, 2003).

Em 2008, o número de idosos com mais de 65 anos atingiu 506 milhões em todo o mundo, de acordo com o Departamento do Censo dos EUA. Essa quantidade deve mais que dobrar até o ano de 2040, quando chegará a 1,3 bilhão de idosos, ou seja, 14% da população mundial estimada. Já no Brasil, o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) aponta que até 2025 teremos uma população de 33 milhões de idosos (BRASIL, 2008).

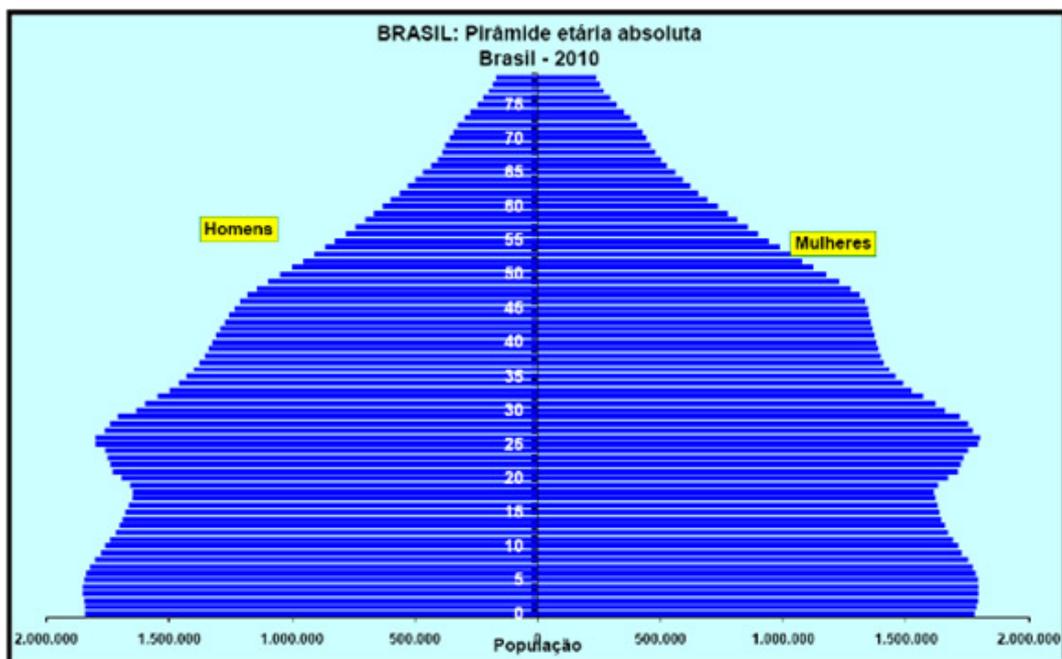


FIGURA 01: População brasileira em 2010.
Fonte: BRASIL, IBGE, 2009.

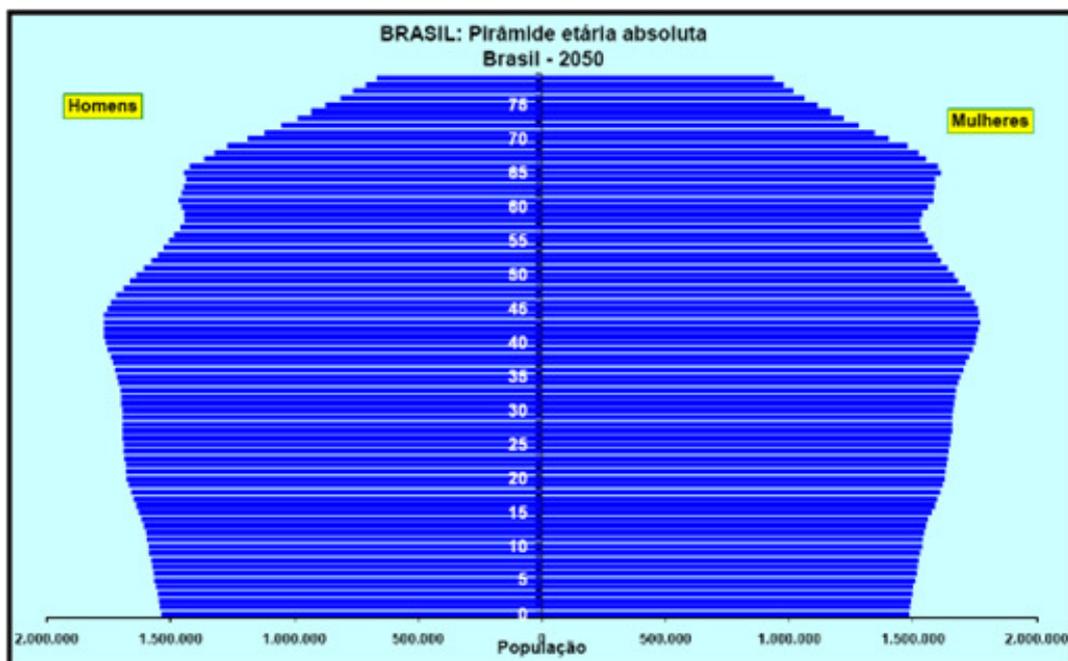


FIGURA 02: Estimativa da população brasileira para 2050.
Fonte: BRASIL, IBGE, 2009.

A transição na estrutura etária acontece em especial quando ocorre a minimização da fecundidade, interligada com a minimização da mortalidade entre os idosos com mais idade (CARVALHO e GARCIA, 2003; WONG e CARVALHO, 2012).

Carvalho e Garcia (2003) continuam a enfatizar que o envelhecimento brasileiro é condicionado pela alteração na estrutura etária da sociedade o que delibera um acúmulo da quantidade de idosos com maiores idades.

As transições epidemiológica e demográfica têm problemas fundamentais com relação aos sistemas de saúde para a sociedade (VERAS, 2007). Com isso, Py (2004), observa-se que tal procedimento não acontece dessa forma em todas as regiões e estados brasileiros.

Segundo Lago (2012), Troster e Mochón (2002), no Brasil, o acréscimo da quantidade de idosos está crescendo, transformando as políticas sociais e facilitando a vida dos idosos. O aumento do envelhecimento da sociedade é demonstrado como um problema social, de consequências econômicas para o governo, contudo, esse é um fator pouco evidenciado, pois nenhum funcionário público evidencia que poderia ter mais recursos se pagassem menos pela aposentadoria.

O IBGE (2008) acredita que, em 2050, de acordo com as análises realizadas, dos dados reunidos, “o grupo etário de 0 a 14 anos teria uma redução absoluta e relativa, quando comparada a 2000” (p. 45). Dessa forma, se forem estáveis às tendências, existirá um grande acréscimo entre os idosos acima dos 65 anos. De igual forma, no ano de 2050, tornar-se-iam iguais e obteriam a quantidade de 18% na população brasileira.

Conforme Veras (2007), a população brasileira é composta por “jovens” de cabelos brancos em que, todos os anos, cerca de 650 mil novos idosos entram nesse percentual, onde a grande parcela têm limitações funcionais e doenças crônicas não-transmissíveis.

Pelzer (2002), Troster e Mochón (2002), relatam que à medida que a quantidade de idosos aumenta, é preciso mais averiguações sobre as necessidades dos mesmos, adquirindo informações sobre a demografia, as alterações familiares, econômicas, sociais e de saúde dessas pessoas.

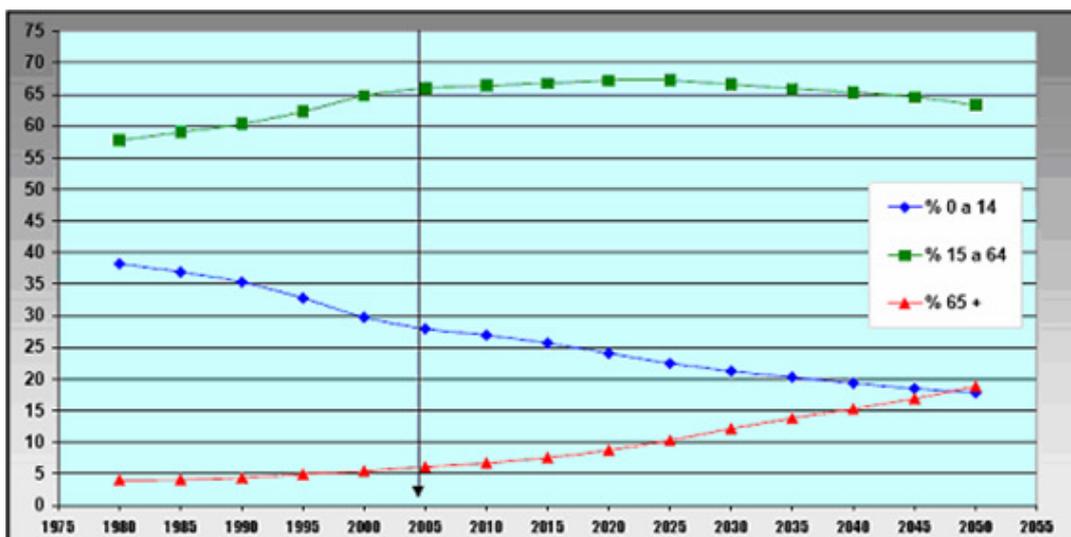


FIGURA 03: Participação dos brasileiros em grupos etários de destaque entre 1980-2050.
 Fonte: IBGE, 2008.

É notável nas últimas décadas o aumento de idosos à procura de serviços de saúde, esta presença tem sido a cada dia mais representativa, o que configura crescimento de doenças crônicas não transmissíveis nos idosos, que passam a ser dependentes de acompanhamentos médicos, para controle dessas doenças e avaliações periódicas (Chaimowics, 2009).

Por esse motivo, Costa e Veras (2003), descrevem esse como um desafio para a saúde social contemporânea, formalizando as atitudes preventivas e transformando-as em possíveis estratégias para minimizar a falta de recursos, afirmando que se deve possuir uma infraestrutura suficiente para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Contudo, Zaitune (2007) relata que o aumento da perspectiva de vida é fator preponderante em países desenvolvidos, onde e quando são valorizadas ações colaborativas para a qualidade de vida do ser humano. Já no Brasil, como é um país em desenvolvimento, essa perspectiva ocorre de maneira bastante acelerada e sem muitas preocupações.

Averiguou-se que a sociedade está vencendo um grande desafio, que é a quantidade de idosos morrendo por motivos que poderiam ser evitados, tudo isso, por meio da informação, que é a principal aliada contra a mortalidade entre os idosos.

De acordo com Camarano (*et al.*, 2004), é necessário modificar o modelo de idosos que a sociedade compreende, em especial quando se trata das políticas públicas.

Existem algumas políticas públicas bem interessantes para os idosos, que são: salários para indenizar o extravio do sustento pelo trabalho; “previdência e assistência social; saúde, cuidados de longa duração e a criação de um entorno favorável; habitação, infraestrutura, acessibilidade, redução de preconceitos etc.” (WONG & CARVALHO, 2012, p. 49).

O aumento no número de pessoas no Brasil nos últimos 10 anos ocorreu por motivo do crescimento populacional dos adultos e idosos. Contudo, no norte do país, mesmo com o prolongamento do envelhecimento averiguado em décadas anteriores, ainda tem sua estrutura jovial, por motivo dos altos níveis de nascimento de crianças nas décadas passadas. Ainda na região norte, “as crianças menores de 5 anos, que era de 14,3% em 1991, caiu para 12,7% em 2000, chegando a 9,8% em 2010. Já a proporção de idosos de 65 anos ou mais passou de 3,0% em 1991 e 3,6% em 2000 para 4,6% em 2010” (BRASIL, 2009, p. 48).

Os idosos longevos são os que têm de 80 anos acima (MARAFON *et al.*, 2003, CRUZ *et al.*, 2004). São denominados com o termo de mais velhos (CAMARANO *et al.*, 2004; MORAIS *et al.*, 2008), até mesmo de octogenários, nonagenários e centenários (CAMARANO *et al.*, 2008; LIMA *et al.*, 2007). Quando existe a necessidade de expor os anos de vida dos idosos é possível utilizar esses termos não muito convencionais.

Idosos que chegam a tal faixa etária costumam evidenciar, características psicológicas, morfofisiológicas e socioeconômicas muito parecidas com outros idosos (FERRARI, 2002).

Para Netto (2007), esses idosos não deveriam ter a nomenclatura de um grupo etário semelhante, já que há divergências relevantes entre os mais jovens e os que têm mais de 80 e menos de 85 anos.

Conforme Caldas (2007) tais idades demonstram um relevante acúmulo de limitações funcionais no corpo dos idosos, somando as doenças crônicas não transmissíveis.

É usado ainda, o referencial da quarta idade, evidenciado e usado pelo idoso longevo, dessa forma, é analisada a categoria e compreendida como

terceira idade. Para Binotto (*et al.*, 2010) a palavra quarta seguida por idade, seria unida as situações de fragilidade e dependência sabendo que a morte se aproxima.

A quarta idade, de acordo com Caldas (2007):

(...) não poderia ser definida pela idade cronológica, e pode ter início a qualquer momento entre a chamada meia-idade e a velhice avançada. Soma-se a isso o fato de que ter mais de 80 anos nem sempre significa ter limitação funcional (p. 94).

Há uma linha de investigações que evidencia a necessidade de conhecimento destas faixas etárias, muito necessária para os países desenvolvidos e em desenvolvimento (POON *et al.*, 2013).

No caso do Brasil, Nogueira (*et al.*, 2008) analisam um acréscimo definido no percentual de idosos afetados nas últimas décadas, onde tal acréscimo é bastante significativo para a sociedade que possui idade maior que 80 anos.

2.3 A SAÚDE DO IDOSO

A andropausa é para o homem a tradução da menopausa na mulher. Ela ocorre no período do envelhecimento, quando ocorrem no homem e na mulher alterações na sua fisiologia e psicologia. Contudo, as alterações hormonais no homem ocorrem mais lentamente do que na mulher fazendo com que os sintomas surjam mais suavemente. (ZAITUNE, 2007).

É bastante desejável que os idosos sejam acompanhados pelo gerontólogo pois, segundo Chaimowics (2009) apenas em 15% dos casos os sintomas aparecem.

A gerontologia é a ciência que realiza o estudo do envelhecimento humano, em busca de compreender às necessidades físicas, emocionais e sociais do idoso, portanto este profissional possui competência e habilidade para criar, planejar e organizar projetos que visam a satisfação do idoso em diversos aspectos como, social, físico e psicológico (PAVARINI, *et al.*, 2005).

Baseando-nos em Novelitz (2009), quanto ao perfil epidemiológico do envelhecimento, as pesquisas esclarecem que a gerontologia pode planejar de

forma antecipada um novo direcionamento para o futuro da pessoa idosa, estabelecendo um novo perfil, com a intensão da averiguação do quadro complicado em que os idosos estão.

É preciso apurar os dados vitais dos idosos, por meio de “antropometria, mini avaliação nutricional, mini exame do estado mental, teste físico” (GALLO *et al.* 2007, p. 107), os quais trazem conscientizações de acordo com a quantidade de consultas, diagnósticos, medicação e confirmação de dados.

Tais proporções quanto ao comprometimento nutricional e a doença hipertensiva descontrolada são grandes, dessa forma, pode-se informar que o controle da pressão arterial e as condições nutricionais dos idosos, “por meio de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde dos mesmos, além de melhor programação de ações sobre suas causas e seus riscos e danos” (GALLO *et al.* 2007, p. 107-108).

2.3.1 Andropausa

A palavra andropausa já é antiga em meio aos estudiosos da anatomia e saúde psicológica humana. Foi Werner que em 1939 compreendeu o climatério masculino informando que era o similar à menopausa. Werner também compreendeu que os sintomas próximos a esses momentos não eram exatamente como construções hormonais. Diversos pesquisadores averiguaram que as alterações hormonais expressas pelo homem acontecem após a mulher, quando os dois tem a mesma idade, sendo considerados fenômenos ocasionais (FORTUNATO *et al.*, 2007).

Não acho este termo “menopausa masculina” adequado. Outras definições foram propostas como “climatério masculino” e “andropausa”, mas talvez o mais apropriado seja o termo “Deficiência Androgênica do Envelhecimento Masculino (DAEM)” (FORTUNATO *et al.*, 2007, p. 149).

Mandu (2004) refere que estes fatores associados às alterações hormonais têm como efeitos uma sequência de itens que modificam a qualidade de vida.

Esta fase da vida do ser humano traz alguns métodos diferenciados da vida mais jovens, como por exemplo, a testosterona que é um hormônio

retirado a partir da célula de Leydig do testículo do homem. Tal hormônio é encontrado através de glândulas adrenais, que estão localizadas em cima dos rins, contudo, a quantidade é de pouca relevância clínica. A função específica de testosterona “inicia-se na fase embrionária, com um pico em 12 semanas de gestação. Existe outro pico logo ao nascimento e posteriormente, um nível baixo comparável a mulher até a puberdade” (SCHRAIBER *et al.*, 2013, p. 194).

Em tal fase há um acréscimo das testosteronas proporcionadores do amadurecimento dos títulos inseridos na sexualidade: mudança da voz, aumento de pelos e barba, crescimento do pênis e escroto. Possui ainda um resultado anabolizante ao elevar a quantidade de músculos. Apenas em homens há uma minimização dos níveis de testosterona, conforme o envelhecimento ocorre, ou seja, cerca de 1% ao ano (SCHRAIBER *et al.*, 2013).

Mesmo sendo uma progressão entre os hormônios sexuais que acontece com os homens idosos independentemente da sua saúde, Bonaccorsi (2001) relata que é possível que o convívio possibilite boas influências, ou seja, estimulação; e influências negativas, ou seja, supressão em tal momento.

Tais aspectos ambientais geralmente são físicos, possibilitando a temperatura, luz, ruído e irradiação; ou químicos que são os tóxicos; ou biológicos, ou seja, vírus e micro-organismos; comportamental, que são, alcoolismo, tabagismo e drogas alucinógenas, ou socioeconômico, ou seja, nutrição e higiene (SCHRAIBER *et al.*, 2013).

Para Bonaccorsi (2001), com “efeito agudo, a repetição e o acúmulo gerado por todos estes fatores estressantes, durante uma vida inteira, leva a uma progressiva perda das funções fisiológicas do organismo” (p. 307). É perceptível que homens com consequências de doenças crônicas, ou seja, cardiovascular, pulmonar, hepática, etc., que demonstram ser consequência negativo da quantidade de testosterona e que, nestas condições, o declínio androgênico é bastante apressado.

A partir de diversos estudos, verificou-se a função sexual que sobrevém a disfunção erétil ou obstáculo no momento da ereção a partir da idade. Mesmo que doenças crônicas possuam referências já certificadas,

algumas análises demonstram que há uma decadência da sexualidade até nos homens sadios (SCHRAIBER *et al.*, 2013).

A baixa na função sexual nos homens depois dos 50 anos de idade, para muitos, não está tão esclarecida. Compreende-se que o envelhecimento e as desorganizações hormonais estão exclusivamente relacionadas com a função sexual de que com libido. A falta de compreensão, expectativas pequenas e postura falíveis são alguns resultados que assemelham-se a disfunção sexual do idoso.

Com base em Bonaccorsi (2001) “a testosterona exerce um papel secundário no declínio da sexualidade masculina no idoso”. Dessa forma, alguns agentes que não são exclusivos, como saúde e ausência de mobilidade, acréscimo de circunstância acidental de doenças crônicas, importância dada pela parceira e acréscimo de disfunção neurológica possibilitam a minimização da atividade sexual no idoso.

De acordo com Mandu (2004), a reposição hormonal é um método seguro, quanto indicado pelo médico. Contudo, não deve ser utilizado como anabolizantes, por jovens, que buscam o acréscimo da massa muscular para competições ou narcisismo, tomando doses bem elevadas acima dos níveis fisiológicos. Deve-se verificar que tal utilização leva a consequências relevantes como acidentes cardiovasculares e infertilidade, que podem ser irreversíveis.

Dessa forma, se o homem tiver tumor maligno de próstata, mesmo que incipiente, o mesmo deverá continuar com a reposição.

A minha mensagem e sugestão são de que sempre que seja iniciada a terapia com hormônio masculino, deverá ser investigada sobre a possibilidade ou não da presença de câncer de próstata. Isto deve ser feito com a dosagem sanguínea de Antígeno Prostático Específico (PSA), toque retal e em alguns casos, biópsia de próstata. Depois de afastado qualquer chance de ter câncer de próstata é que devemos iniciar a terapia de reposição (SCHRAIBER *et al.*, 2013, p. 517).

Essa reposição deve ser realizada de algumas formas: a forma oral, a forma transdérmico por meio de adesivos ou géis, ou a forma intramuscular (SCHRAIBER *et al.*, 2013). Cabe informar também que a forma oral, por meio

de comprimidos não demonstra tantos proveitos, pois o agrupamento no sangue, do hormônio fica baixo.

O sistema transdérmico apresenta resultados eficazes embora não tenhamos, no momento, nenhuma forma comercializada disponível no Brasil, apenas por manipulação. A apresentação que eu mais prescrevo aos meus pacientes é a injeção intramuscular. Recentemente, foi lançada no Brasil uma testosterona sintética administrada através de injeção intramuscular a cada 12 semanas (3 meses). É muito bem tolerada e os resultados tanto clínico como laboratoriais tem sido bastante satisfatórios (BRASIL, 2008, p. 37).

Muitos dos efeitos colaterais são especificados como: “acne, aumento do número de células vermelhas no sangue (policitemia), alterações dos lipídeos sanguíneos, emocionais e do humor” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 307). Por esse motivo, a reposição precisa ser feita e monitorada por especialista na saúde do idoso.

Contudo, duas referências estão correlacionadas, ou seja, andropausa e o climatério masculino.

Conforme Novelitz (2009), tais referências podem ser clinicamente impróprias se citadas juntas, pois, na menopausa, que é exatamente a analogia com a andropausa, acontece invariavelmente o declínio dos ovários e do ciclo reprodutivo na mulher. Já no homem, com o passar dos anos, a produção de diversos hormônios fica minimizada pelo tempo, em especial dos esteroides sexuais. Trazendo a compreensão que o existente é a síndrome caracterizada por deficiência.

Quando a idade vai decorrendo no homem e chega ao envelhecimento físico pode ocorrer a falta de desejo sexual, que é muito ligada ao fator psicológico e, em determinados casos, à minimização da produção de testosterona, que é o hormônio sexual masculino, trazendo por nome a andropausa (GALLO *et al.* 2007).

Contudo Novelitz (2009), a andropausa é diferente para muitos homens, contudo, eles experimentam as diferenças na maneira de sentir a vida na forma em que envelhecem. Mesmo com a idade alguns homens não sentem sintomas visíveis de Andropausa, isso é mais comum em homens menos emotivos, mais autoconfiantes e seguros de si.

De acordo com Gallo (*et al.* 2007), são bem conhecidos os efeitos deletérios, às vezes devastadores, da introdução de agentes infecciosos entre os idosos, sem experiência prévia com os mesmos. Isso ocorre pelo não-desenvolvimento de proteção imune capaz de reduzir tanto as taxas de ataque nas epidemias quanto doenças mais graves. Por outro lado, está historicamente provado que a pronta e eficaz intervenção médico-assistencial e do enfermeiro reduz a mortalidade em idosos nestas situações a níveis próximos dos observados em segmentos desfavorecidos da sociedade envolvente.

Ademais, como elementos debilitantes, além do deficiente estado imunológico de muitos idosos, devem-se agregar as carências nutricionais de caráter agudo e o estresse social resultante das relações de contato estabelecidas com os parentes ou outros, em condições extremamente adversas para os idosos. O fato de a andropausa predominar como uma das principais causas de morbidade as doenças são preocupantes a toda sociedade.

2.4 INATIVIDADE FÍSICA DOS IDOSOS

Para Barroso (2007) os idosos que não praticam atividades físicas regularmente são compreendidos como idosos inativos fisicamente. Tais idosos estão prejudicando seus corpos, pois as atividades físicas moderadas ou enérgicas, precisam serem exercidas pelo menos 150 minutos durante uma semana.

Na sociedade atual, o ser humano está menos influenciado pela responsabilidade trabalhista de se esforçar fisicamente, dessa forma, muitos idosos se aposentam e ficam limitados a uma vida de inatividade, diferentes de seus pais e avós, que necessitavam se movimentarem, pegarem pesos para no final do dia, ter alimento em sua mesa, garantindo a alimentação para os filhos (BEAUVOIR, 2010). “A atividade física, antigamente, era uma prática inerente ao estilo de vida do ser humano” (BARROSO, 2007, p. 401).

Essa situação vivenciada nos anos passados, não fazia parte do gosto dos habitantes nem da manutenção da saúde. Camarano (2008), informa que

era uma obrigação dos pais de família serem responsáveis pela sobrevivência da mesma.

Beauvoir (2010) refere que, com o advento da tecnologia e da informática, ocorreu uma substituição de funções atribuídas ao ser humano, inovando nas comodidades e confortos. Dessa forma, os exercícios físicos não fazem parte do dia-a-dia da grande maioria das pessoas.

Tal inatividade da vida moderna é um requisito que muitos têm se arriscado, com diversas doenças que ocorrem por meio inatividade muscular (BRASIL, OMS, 2009), onde é averiguado como um motivo primordial dos problemas de saúde pública, já que ela traz, como resultados, muitas modificações metabólicas e morfológicas que constroem o aparecimento das doenças crônicas (TREMBLAY, 2010 *apud* LAGO & SOUZA, 2012).

A inatividade física é responsável por aproximadamente 3% da carga global de doenças, por mais de 20% das doenças cardíacas e por 10% dos derrames nos países desenvolvidos, além de ocasionar aproximadamente 2 milhões de mortes no mundo todo, 60% das pessoas do mundo inteiro não atingem a recomendação mínima de 30 minutos diários de atividade física e que 17% da população mundial não fazem nenhum tipo de atividade física (BRASIL, 2009, p. 84-85).

Segundo pesquisas de Poon *et al.* (2013), nos Estados Unidos (EUA), menos de 50% dos habitantes adultos fazem exercícios físicos diariamente. Já Gorard (2006), informam sobre uma investigação que media a saúde física, mental e nutricional do idoso nos EUA, demonstrando que “52,2% da população, com 60 anos ou mais de idade, não praticam nenhum tipo de atividade física no lazer (...), 20,6% praticam algum tipo de atividade física, mas não atingem os 150 minutos semanais” (p. 251), que são aconselhados.

Conforme CDC (Centers for Disease Control) (2007 *apud* POON *et al.*, 2013), apenas 24,7% das pessoas americanas com 65 a 74 anos de idade, “estão engajados em alguma atividade física de lazer, sendo que, na população de idade igual ou superior a 75 anos, esses percentuais são ainda menores 17,9%” (p. 197).

Conforme Coelho (2011), no Canadá, em média 51% da sociedade habitante naquele país é evidenciada como inativa fisicamente no momento e

sem perspectiva para voltar a trabalhar, mesmo aqueles que têm menos de 80 anos.

Mesmo sendo evidenciada a possibilidade do idoso continuar atuante em seu local de trabalho, o mesmo efetiva o surgimento da zona de conforto, em que a mesma possui um descanso tanto no corpo como na mente dos idosos. Após essa percepção, observa-se que existem grandes percentuais demonstrados na Inglaterra, onde 74% das mulheres e 60% dos homens não se exercitam fisicamente em níveis bastantes para alcançar vantagens à saúde (FLECK *et al.*, 2003).

Ocorreu um levantamento entre os Estados brasileiros, realizado pelo Ministério da Saúde envolvendo as 26 capitais e o Distrito Federal, onde se concluiu que 29,2% da sociedade adulta é sedentária fisicamente, não praticando nenhum exercício físico em um clube ou academia (VIGITEL, 2010).

Quando averiguado o tempo de lazer, sem especificar o tempo de trabalho que exercite o corpo, apenas 16,3% da sociedade brasileira segue o conselho de, no mínimo meia hora de atividade física moderada por dia, ou atividade física por 20 minutos, em mais de 3 dias por semana, enquanto os homens são mais ativos, chegando a um total de 17,1% enquanto que as mulheres chegam ao total de 11,9% (BRASIL, VIGITEL, 2008).

Nos dias atuais, a atividade física é algo recomendado para crianças, jovens e adultos, de todas as classes sociais e faixas etárias (MAZO *et al.*, 2009). Dessa forma, Guimarães (2004) disponibiliza a informação que a inatividade física chega à população idosa do mundo todo, onde evidencia que este é o grupo com menor referência de exercícios físicos diariamente.

Dessa forma, Guimarães (2004) continua a evidenciar que:

(...) 73,1% dos brasileiros com mais de 65 anos de idade são inativos fisicamente, onde as mulheres (37,3) apresentam maiores escores de inatividade física do que os homens (35,8%). Somente 18,1% dos homens e 10,8% das mulheres nessa faixa etária realizam atividades físicas por mais de 150 minutos semanais (p. 187).

Tais resultados são bem menores quando comparados com os exercícios físicos feitos no espaço de tempo livre dos idosos, onde apenas 16,6% os praticam harmoniosamente (Brasil, Vigitel, 2010).

De acordo com pesquisa realizada com base populacional, evidências demonstram que 70% dos idosos não praticam exercício físico no Brasil, demonstrando a continuação de inatividade física que chega a 70% da população idosa (Zaitune *et al.*, 2007).

Matsudo (*et al.* 2002) esclarece informações semelhantes, também da capital São Paulo, quando questionou 202 mulheres até 69 anos e 52 com mais de 70 anos, chegando a conclusão que a quantidade de exercícios físicos eram de 32,1% a 34,6%, respectivamente.

Numa pesquisa aplicada aos idosos, Novais (2009) concluiu que 73,3% dos idosos eram categorizados como inativos para a sociedade, pois, não se esforçam mais para caminhar até a realização de um trabalho voluntário, exercitar a mente em um trabalho religioso, dançar em um clube, entre outras funções que o idoso pode realizar facilmente. Dessa forma, é possível concluir que a inatividade física entre pós idosos é extremamente alta.

3 FATORES QUE INFLUENCIAM NA PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS DOS IDOSOS

Um dos fatores relevantes que mais influência tem na continuidade das atividades físicas nos idosos é o desenvolvimento de programas de exercícios físicos relacionados com a prevenção das doenças crônico-degenerativas que minimizam o índice de mortalidade e morbidade entre os mesmos (Benedetti, 2007). Contudo, mesmo com tais benefícios, os índices de exercícios físicos diminuem com a idade mais avançada (CUBA, 2005; PARAHYBA, 2006).

De acordo com descrição de Vigitel Brasil (2007):

(...) vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico) mostraram que a prevalência de inatividade física entre adultos brasileiros é de 30,9% e 27,8% para homens e mulheres, respectivamente. Entre os indivíduos com mais de 65 anos de idade, estas prevalências aumentam para 53,7% nos homens e 58,3% nas mulheres (p. 71).

Os exercícios físicos influenciam de maneira positiva ou negativa, dependendo da forma como são praticados, pois, o corpo do ser humano possui muitas limitações, embora diferenciáveis de indivíduo para indivíduo.

Para Netto (2007) a descrição dos fatores que diferenciam tal prática é exposta nas seguintes dimensões, questões: ambientais; demográficas e biológicas; culturais e sociais; psicológicas, cognitivas e emocionais; características dos exercícios físicos, e comportamentais posturais.

Desse modo, os idosos têm demonstrado, um grupo de fatores que associam-se ao hábito dos exercícios físicos (Parahyba *et al.*, 2005; Ricci *et al.*, 2009).

Silva e seus colegas (2006) referem que os impasses fundamentais evidenciados que diminuem ou impedem a frequência de programas de atividade física são as lesões ou incapacidade física, saúde debilitada e psicológico abatido, mais conhecido como depressão de terceira idade.

Affiune *et al.* (2002) demonstraram que ocorrem divergências entre os impasses relacionados pelos idosos moradores em capitais, independentemente dos seus tamanhos. Dessa forma, a população idosa, segundo Werle (2009) compreende como grandes barreiras à prática dos

exercícios físicos: as baixas condições financeiras, o cansaço físico – muitas vezes por motivo do acomodamento –, a falta de companhia para iniciarem um exercício acompanhado por diálogos, a distância das academias, entre outros fatores.

Campos *et al.* (2008) e Voltarelli (*et al.* 2007), expressam que os idosos do sexo masculino de 60 a 69 anos de idade, possuem dificuldades como os poucos recursos financeiros, têm doenças ou lesões, sentem-se bastante cansados e o receio de ocorrer uma lesão também afasta-os das academias.

Dessa forma, é analisado que os idosos de alto nível socioeconômico expressam que praticam poucos exercícios físicos porque se sentem bastante cansados, enquanto que os de nível socioeconômico mais baixo demonstram a falta de recursos financeiros que são indispensáveis para a prática de atividades física.

A compreensão a respeito dos fatores que evidenciam a experiência das atividades físicas entre os idosos é limitada, devido à insuficiência de estudos específicos para essa parcela da sociedade.

Observa-se que admitir de forma mais clara os fatores influenciadores das atividades físicas deve ser uma relevante ajuda pecuniária ou de outra forma para o acréscimo para outra população.

Baseados em Krug (2012, p. 24) apresentamos no quadro a seguir, os resultados de 18 artigos publicados na internet, de janeiro de 2007 a dezembro de 2011, que analisaram as barreiras e os fatores facilitadores da experiência em atividades físicas na vida dos idosos com mais de 60 anos de idade.

QUADRO 2: As barreiras e os facilitadores atribuídos à prática cotidiana das atividades físicas entre os idosos nos anos de 2007 a 2011 (adaptado de Krug, 2012, p. 24).

AUTORES	PAÍS	AMOSTRA	BARREIRAS	FACILITADORES
Aslan (et al., 2007)	Turquia	350 idosos de 65 ou mais anos de idade.	Ter mais que 65 anos de idade, ser do sexo feminino, ter doenças crônicas e ter alto ou baixo índice de massa corporal.	Não avaliou.
Bayliss, Ellis e Steiner (2007)	Estados Unidos	352 idosos de 65 ou mais anos de idade.	Baixos níveis de aptidão física, altos níveis de mobilidade, ter sistemas de depressão e ter baixa renda mensal.	Não avaliou.

Brazão (<i>et al.</i> , 2009)	Brasil	79 idosos na faixa etária de 60 a 88 anos.	Já ser suficientemente ativo, ser muito velho; necessitar de descanso e ter alguma doença ou lesão.	Não avaliou.
Cardoso (<i>et al.</i> , 2008)	Brasil	13 idosos com média de idade de 71 anos.	Problemas de saúde do cônjuge ou morte do mesmo ou de outros familiares.	Aspecto de relacionamento (convite de amigos e/ou familiares)
Cassou (<i>et al.</i> 2008)	Brasil	17 idosos com média de idade de 68 anos.	O sexo, o nível socioeconômico baixo, a idade avançada, ter limitações físicas, o clima ruim e a falta de suporte social.	Não avaliou.
Cassou (<i>et al.</i> , 2011)	Brasil	25 idosos com média de idade de 69 anos.	O sexo, o nível socioeconômico baixo, a idade avançada, ter limitações física, o clima ruim e a falta de suporte social.	Não avaliou.
Cerri e Simões (2007)	Brasil e Estados Unidos	43 idosos de Piracicaba-SP e 29 de Fort Collins-EUA, com 60 ou mais anos de idade.	Não avaliou.	Os benefícios da AF para a saúde e a orientação médica.
Eiras (<i>et al.</i> , 2010)	Brasil	9 idoso com idade entre 60 e 81 anos.	Ter problemas de saúde compromissos familiares e o clima ruim.	Os benefícios da AF para a saúde e a orientação médica.

Ao analisar o quadro 01, é possível descrever que, entre os 18 estudos efetuados, apenas 6 têm alcance de idosos com mais de 80 anos de idade, dentro da sua amostra (CUBA, 2005; GALLO *et al.*, 2007; MAZO *et al.*, 2009; AFFIUNE, 2002).

Com base nestes estudos foi possível concluir que as maiores barreiras para a experiência das atividades físicas, são: bastante representativa, ter idade bem avançada, precisar de repouso, ter doenças físicas ou emocionais e lesões (Gallo *et al.*, 2007); não compreender as vantagens da atividade física para sua própria saúde, ter vivenciado a experiência de exercícios físicos de pouca qualidade ou realizados com falta de segurança; baixos níveis econômico, e doenças (Affiune, 2002); ter dificuldade

na saúde, poucas amizades e conseqüentemente companhia escassa, a ausência de esforço próprio pelas coisas que antes lhes agradavam, as poucas oportunidades para exercer atividades físicas, a escassez de transporte, a chegada da terceira idade (Mazo *et al.*, 2009); e a indispensabilidade de descanso e pouca persistência no que acredita que lhe fará bem ao corpo e mente (Gallo *et al.*, 2007).

Os fatores que melhoram a aptidão pelos exercícios diários são: gostar das atividades físicas, conhecer suas vantagens para a saúde e a extensão de vantagens particulares (Mazo *et al.*, 2009), exames e consultas com médicos e um bom *personaltrainer* (Affiune, 2002).

Dessa forma, o envelhecimento social atribui uma ausência constante dos fatores biológicos, psicológicos e sociais que evidenciam o acréscimo do risco de inatividade física nos idosos (Benedetti *et al.*, 2004; Binotto *et al.*, 2010).

Essa inatividade física ocorre por causa da perda constante das referências funcionais do corpo humano, que ocorrem desde o nascimento, podendo ser sentida com mais evidências durante a velhice, com sintomas como perda da memória, surdez, osteoporose, entre outros (Benedetti *et al.*, 2004).

Com tais observações, é possível evidenciar que à medida que a idade aumenta, os indivíduos ficam fisicamente com maiores debilidades (Alves *et al.*, 2007).

Na descrição de Aranha (2007), foram selecionados 2.076 pessoas idosas para observações durante 6 anos. Muitos desses idosos possuem idade de 55 a 85 anos, quando durante a pesquisa foram diferenciado os idosos que participavam de algumas atividades dentre de Igrejas, associações, ONG's, Faculdades, esporte e lazer esses se diferenciam dos demais no contexto vida ativa e qualidade de vida no decorrer dos anos.

Alves (*et al.*, 2009), destacam em sua pesquisa que, quando se trata dos aspectos de alteração de posicionamento e obstáculos observaram que a continuação das atividades físicas entre os idosos com mais de 79 anos é bem mais abrangente, no entanto existe o impasse de dificuldades entre os idosos de 60 e 88 anos, sendo uma das dificuldades a própria idade, pois nestes

existem o pensamento que estão muito velho para qualquer tipo de atividade física.

Para os autores Silva (2013) e Krug (2012), as experiências desenvolvidas pelas atividades físicas relacionam-se com determinados aspetos, entre os quais as concepções ideais de corpo, obviamente diferenciadas conforme o estilo, classe e gênero.

Cabe destacar que os idosos do sexo masculino possuem níveis de atividade físicos mais elevados que as idosas (Teixeira, 2006; Alves *et al.*, 2007). Comprovando esta afirmação podemos referir o estudo de Nunes *et al.* (2005) no qual concluíram que “43% dos homens relataram praticar atividades físicas diariamente e que somente 15% das mulheres fazem essa atividade” (p. 97).

De acordo com Oliveira *et al.* (2006), foram questionados 2.046 idosos com mais de 55 anos, sendo evidenciadas as dificuldades relacionadas com a experiência da atividade física no decorrer do tempo livre tendo-se verificado que as idosas relataram maiores dificuldades do que os homens. As principais dificuldades apontadas foram: o baixo interesse – mais evidente entre idosas de 65 a 74 anos –, a ausência da companhia de amigas ou parentes, a minimização gradual da resistência por efeito de solicitações repetidas, os problemas de saúde e a artrite.

Foi evidenciado por Teixeira (2006), que em mulheres com idade superior a 75 anos, existe uma crescente tendência a terem problemas de saúde e também funcionais, como o receio das quedas e deslizos, que são os fatores mencionados.

Oliveira *et al.* (2006) efetuaram uma pesquisa em campo que teve por meta, verificar as dificuldades na realização de atividade física desde o ano de 1937, em idosos alemães dos 72 até aos 93 anos de idade. Estes investigadores chegaram à conclusão de que as poucas oportunidades para se exercitarem quando se tratou do lazer este percentual se destacou entre 30,3% e 15,6%, quando se tratou da quantidade de transporte para conduzir estes idosos a seus destino de atividades físicas este percentual se destacou entre 29% e 7,1%, sendo que esta dificuldade se destacou com maior representatividade para a classe feminina do que para a masculina, para tais

diferenças são expostas as seguintes numerações $p = 0,003$ e $p < 0,001$ respectivamente.

Dentro dessa mesma pesquisa se destacou que a situação socioeconômica é um dos fatores que evidenciam a inatividade física dos idosos, que possuem renda *per capita* de um salário mínimo ou menos. E estes são os idosos menos ativos fisicamente, se medidos juntamente com os que recebem maiores aposentadorias ou pensões (PARAHYBA, 2006; KALACHE, 2008).

A última série que o idoso fez, em sua escola ou Faculdade, é outro fator relevante para a quantidade de atividade física das pessoas, onde os idosos com grande nível de escolaridade, muitas vezes, se exercitam mais fisicamente do que os idosos que possuem escolaridade menor (Kalache, 2008; Okuma, 2010).

O experimento acompanhou, durante sete anos, 1.772 americanos com idade igual ou superior a 65 anos, e demonstrou que, entre os idosos com nível de escolaridade maior, a média de prática de atividades de lazer também foi maior, se comparados aos indivíduos com menor escolaridade (LAGO, 2012, p. 17).

Kalache *et al.* (2008) conseguiram averiguar resultados estatísticos representativos entre a aprendizagem e o tempo de estadia dos idosos nos exercícios físicos e atividades de lazer.

A partir de então, todos os indicadores sociais, como o da escolaridade e de renda, foram verificados e estipulados como determinantes relevantes no procedimento da vida dos idosos (OKUMA, 2010).

Existe também outro fator relevante na participação dos idosos nos exercícios físicos que se relaciona com a minimização da força e disposição física que os mesmos possuem (HALLAL *et al.*, 2007).

Durante a pesquisa Kalache (*et al.*, 2008) observaram que 25 idosos com idade média de 69,9 anos, (que eram participantes de associações de bairros, grupos comunitários, igrejas e outros), são bem mais participativos de atividades físicas, enquanto o que não estão inseridos nesse grupo possuem maiores restrições quanto a qualquer tipo de atividade que simule atividade física regularmente.

Cuba (2005), Côrte (2005) e Cortelletti (2004) evidenciam que as averiguações da saúde do idoso interferem nas expectativas dos que fazem exercícios físicos regularmente.

O idoso ter consultas médicas regulares possui grande relevância para poderem adotar uma vida ativa (Côrte, 2005; Cortelletti, 2004; Voltarelli *et al.*, 2007).

Poon (*et al.*, 2013) enfatizam que os médicos, especialistas, podem desenvolver no idoso o interesse pela prática da atividade física, não apenas a obediência por ser algo que faça bem a sua saúde. Os mesmos informam que os médicos, que utilizam mais de três minutos do tempo da consulta para informar aos idosos sobre as atividades físicas, tornam-se muito mais que médicos, transformando-se em conselheiros para esses idosos.

De acordo com Affiune (2002), um grande número de idosos começam suas atividades físicas após ouvirem as orientações médicas, ou seja, quando estão realmente carentes de tais atividades.

As condições de segurança, ambientais e de transporte, representam uma grande parcela das barreiras citadas por pessoas idosas em relação à prática regular de atividades físicas. Os assaltos, o clima, as calçadas, as ruas e o transporte dificultam muito a adoção de um comportamento mais ativo por parte dos idosos (Affiune, 2002, p. 207).

Além desses, também são evidenciados fatores atitudinais e motivacionais como: a motivação para praticar exercícios físicos (Martinez, 2004), o querer praticar exercícios físicos (Minayo, 2005), ter outros idosos para se exercitarem juntos (Blecher *et al.*, 2005; Martinez 2004) e a abrangência dos convites de amigos e familiares para se exercitarem juntos (Wong *et al.*, 2012), abrangência do número de pessoas com inatividade física. O fator socializador surge como um fator evidenciador das pessoas idosa a admitirem um posicionamento ativo ou não (Blecher *et al.*, 2005; Rahal *et al.*, 2007).

Compreende-se as vantagens dos idosos praticarem exercícios físicos nos seu dia-a-dia, para manterem-se com a saúde necessária podendo interferir na vontade dos idosos praticarem os exercícios ou não (Guimarães *et al.*, 2004; Kalache, 2008). Referindo-se às mulheres idosas Moraes *et al.* (2011,

p. 26) referem que “As que não sabem os benefícios que a atividade física promove para a saúde geralmente são as mais inativas fisicamente se comparadas as que têm este conhecimento”.

Mazo (*et al.*, 2009) numa pesquisa realizada a 13 idosos com faixa etária média de 71,08 anos de idade, concluiu que quando um idoso tem problema de saúde e precisam de exercícios físicos algum membro da família geralmente inicia esses como o idoso de forma regular.

Marafon *et al.* (2003) e Neri (2007) justificam que as obrigações familiares são obstáculos para o desenvolvimento de atividades físicas entre idosos. Existem evidências, a partir dos trabalhos de Moraes *et al.* (2011) e, Guimarães *et al.* (2004) que o estado civil, ou seja, o comodismo do casamento pode levar alguns idosos a inatividade física, ou a realização de alguma atividade física de modo separado.

Jacob Filho (2006) e Martinez (2004) num estudo com 2.668 idosos de 50 a 65 anos concluíram que os idosos solteiros têm grandes possibilidades de serem sedentários, por não terem mais o outro cônjuge para lhe incentivar, ou porque não tem mais vontade de viver, nem necessidade de estar melhor para alguém.

Dessa forma, Affiune (2002), ressalta que a imagem negativa adquirida pelo idoso mediante a sociedade, cada dia mais é motivo de vontade própria, pois, os mesmos não precisam ser vistos com tanta passividade, evidenciando uma extrema necessidade de descanso, influenciando-os na participação nos exercícios físicos, conscientizando-os sobre os as características da inatividade física e como esta pode colaborar para a não qualidade de vida.

A partir de então, a crença de que, com envelhecimento, é necessário minimizar a intensidade e a qualidade dos exercícios físicos, contribui para inatividade dos idosos (Mazo *et al.*, 2009).

Os deslizes ou quedas fazem parte dos fatores para a inatividade física, pois, muitos idosos que informam suas quedas, muitas vezes, não têm coragem de praticarem as atividades físicas (Binotto *et al.*, 2010; Benedetti *et al.*, 2007). A deposição excessiva de gordura no organismo (Binotto *et al.*, 2010) e a utilização de álcool e tabaco até a velhice, também são fatores que influenciam na decisão de praticarem exercícios físicos ativamente.

3.1 BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA REGULAR PARA IDOSOS

Muitos estudiosos, profissionais de saúde, professores da área de ciências sociais e humanas, já realizaram estudos relacionados com as atividades físicas para um grupo de pessoas específicas, onde estudaram também os benefícios da atividade física para um envelhecimento saudável (Pereira *et al.*, 2006).

Mesmo com a persistência nas atividades físicas daquelas pessoas que praticam esportes desde a sua juventude, Okuma (2010) declara que não devem ser interrompidos os procedimentos biológicos do envelhecimento, pois podem diminuir as efetivações biopsicossociais provindos do acréscimo da idade, rotineiro nessa etapa da vida humana.

Há situações epidemiológicas que admitem o pensamento de que a atividade física regular é precisa para a maximização da qualidade da saúde no decorrer do envelhecimento (Camarano *et al.*, 2004; Matsudo, 2001; Okuma, 2010).

Quando o idoso se responsabiliza pelas atividades físicas, tal atitude é demonstrada como um dos fatores do posicionamento humano que tem participação para um envelhecimento ainda mais saudável (Farinatti, 2002; Neri, 2005).

A atividade física desenvolvida na velhice disponibiliza diversos benefícios que auxiliam na intercorrência, internações, tratamento hospitalar ou cuidados domiciliares quanto às doenças crônicas (Brasil, 2009; Bonaccorsi, 2001; Hallal *et al.*, 2007).

As maiores doenças crônicas que podem ser minimizadas, a partir dos exercícios físicos, diminuem o risco ou a evolução de: doenças cardiovasculares, câncer, acidentes vasculares cerebrais, triglicérides, problemas hipertensivos, insuficiência renal crônica, diabetes, artrite, osteoporose, hipercolesteromia, doença pulmonar obstrutiva crônica, minimizando os riscos de câncer no útero e de mama (Minayo, 2005; OMS, 2009).

Tendo em conta os trabalhos de Rahal *et al.* (2007) e Raso (2002), podemos afirmar que os exercícios físicos regulares beneficiam as pessoas na terceira idade, melhorando as funções do organismo, garantindo maior

independência pessoal tendo efeito benéfico no controle, tratamento e prevenção das doenças, contribuindo também para que os músculos se conservem fortes, alongados com equilíbrio mantendo as articulações íntegras melhorando os movimentos.

Para Blecher (2005) a atividade física regular, está ligada a um estado mais saudável quanto à massa corporal e circunferência da cintura.

Muitas pesquisas especificam que a atividade física tem papel de transformação das evoluções de peso e composição corporal evidenciadas pela idade, enquanto os idosos que estiverem como “mais ativos têm menores índices de peso corporal, índice de massa corporal, porcentagem de gordura corporal e relação cintura/quadril do que os indivíduos da mesma idade que são sedentários” (CHANDLER, 2002, p. 207).

A atividade física evidenciada de maneira regular disponibiliza benefícios neuromusculares incalculáveis para os idosos e minimizam a evolução e a rapidez das disfunções musculoesqueléticas, neuromusculares (CHANDLER, 2002) e cardiopulmonares (COSTA, 2003; GEIS, 2003) que ocorrem a partir do envelhecimento do organismo humano, em especial quando já teve alguma doença como câncer, diabetes, anemia profunda e outras semelhantes.

Dessa forma, a atividade física é eficaz na capacidade funcional dos idosos, onde *personal trainer* pode desenvolver programas de treinamento aeróbio acrescentando qualificação aeróbica e melhorando a força da musculatura de 20% e 30% (COSTA, 2003).

Geis (2013) demonstrou esse conhecimento ao questionar 180 idosos que estavam sedentários, sem praticar exercícios físicos. Os mesmos estavam distribuídos nos grupos de exercícios supervisionados e não supervisionados, e controle das atividades, sendo estas com e sem equipamentos, o estudo concluiu que as atividades supervisionadas trazem melhores resultados para o idoso fazendo com que melhore sua capacidade funcional.

Hernandes e Barros (2003 *apud* MENEZES & MARUCCI, 2005) informam que:

(...) o mesmo resultado com um estudo envolvendo idosos (n=20) de 61 e 77 anos, onde os autores destacaram o fortalecimento da relação positiva entre a prática de atividade física e a melhoria em capacidades físicas e funcionais (p. 91).

A mobilidade física dos idosos é um benefício visível por todos que convivem com idosos, em especial aqueles que praticam as atividades físicas regularmente, (FORTUNATO *et al.*, 2007).

Tal melhoria na mobilidade física acontece justamente, por motivos relacionados com a melhoria da velocidade, dos ganhos de força, (MATSUDO, 2001; FORTUNATO *et al.*, 2007) e melhoria da capacidade de equilíbrio (ALVES, 2007; PAPÁLIA, 2012).

O idoso que possui equilíbrio no seu dia-a-dia tem menos quedas, conseqüentemente menos fraturas expostas, que por si só podem ocasionar situações desagradáveis se o mesmo tiver diabetes, minimizando o risco de lesões e maximizando suas autonomias funcionais (FLECK, 2003; GORARD, 2006).

Um gasto energético de 2000 kcal por semana, através da realização de atividades físicas, está associado a um aumento de 1 a 2 anos na expectativa de vida, e um gasto energético de 1000 Kcal semanal diminui o risco de morte, por qualquer causa, entre 20% e 30% (GORARD, 2006, p. 97).

Tudo isso acontece quando o idoso entra para a faixa etária de 60 a 84 anos (MACIEL *et al.*, 2007). A partir de então, Xavier (2006) informa que há grandes evidências de que tais exercícios físicos minimizem a possibilidade de mortalidade entre as pessoas mais idosas.

Dessa forma, a maior quantidade de atividades físicas exercitadas diariamente acrescenta a expectativa de vida saudável, minimizando a quantidade de medicamentos prescritos pelos médicos ortopedistas e fisioterapeutas, conforme os índices de morbidade e mortalidade (XAVIER, 2006; AFFIUNE, 2002).

Os exercícios físicos geram proveitos psicológicos e sociais, por meio do acréscimo da independência e opções dos idosos, evidenciando, melhorias na autoestima, no bem-estar, na autoimagem, no contato social e nas satisfações da vida (CHANDLER, 2002; COSTA, 2003; GEIS, 2003).

Silva *et al.*, (2006) especificam:

(...) a melhora da autoestima e autoimagem do idoso, ao realizarem uma pesquisa para avaliar e comparar a imagem corporal de idosas praticantes (n=15) e não praticantes (n=17) de um programa de atividades físicas (p. 248).

Os mesmos autores evidenciam que as pessoas da terceira idade que não se exercitam fisicamente possuem tendência para desenvolverem mais estereótipos sociais, e demonstram, por isso, com maior rigidez, os desajustes biológicos intensivos do envelhecimento, com consequências nefastas para a sua autoestima e autoimagem.

Silva (*et al.*, 2006), numa pesquisa entre 44 pessoas, com uma média de idades de 59,8 anos, submetidos a 15 semanas de caminhada (10.000 passos diários) na qual evidenciaram melhorias cardiovasculares, bem como melhorias a autoestima e no bem-estar psicológico.

O desenvolvimento das atividades físicas assegura a autonomia da pessoa na terceira idade (REBELATTO & MORELLI, 2007), interrompendo a minimização cognitiva e minimizando o estresse, e conseqüentemente a depressão (RICCI *et al.*, 2009; HALLAL, 2007) e firmando os padrões estáveis para o sono.

Parece-nos, pelo conjunto de investigações atrás analisadas que quando a terceira idade chega, a prática regular de atividade física podem proporcionar melhorias assinaláveis no desempenho físico e mental, compensando às disfunções existentes no corpo desse idoso.

Conforme Neri (2005) e Cortelletti (*et al.*, 2004), a atividade física presta benefícios para o corpo, e maximização da força física e da musculatura, aperfeiçoa a elasticidade da pele, no contorno lipídico sanguíneo e na execução do sistema cardiorrespiratório. Com isso, pode minimizar o risco de declínios e fraturas nos ossos, trazendo o bem-estar, a capacidade de perceber ou expressar o que é cômico ou divertido, e reduzir consideravelmente a ansiedade.

De acordo com as informações divulgadas pelo IBGE (BRASIL, 2009), pôde-se averiguar um acréscimo bastante expressivo na grande quantidade de idosos longevos, e uma propensão de aumento nos futuros anos. Atente-se na seguinte figura montada com idosos com idade cronológica maior de 80 anos (fig 04),

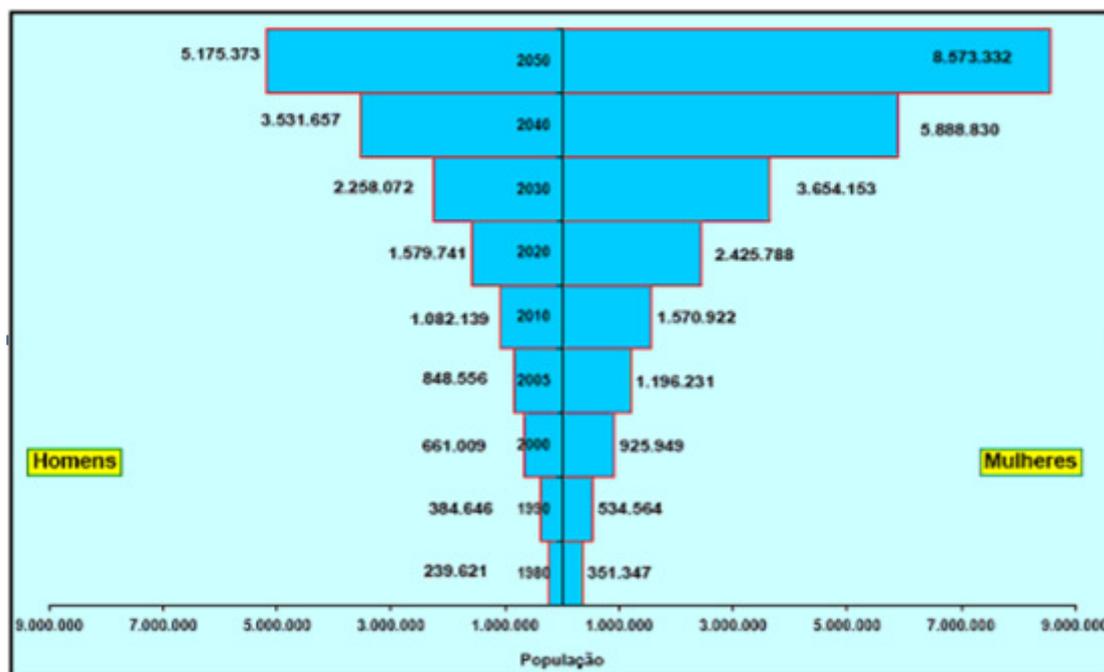


FIGURA 04: Evolução dos idosos maiores de 80 anos, por sexo. Brasil, 1980-2050.
 FONTE: (IBGE, 2004 *apud* BRASIL, 2008).

Sendo assim, é importante que pesquisas sejam realizadas, no sentido de compreender melhor as características próprias dessa faixa etária, o que pode direcionar as ações, tanto no nível familiar, quanto de políticas públicas e dos profissionais que lidam com esses indivíduos.

4 CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO CABELO DE PRATA

Com base nas especificações feitas no Projeto Cabelo de Prata, é possível informar que à data de realização deste estudo (julho 2013) estavam inscritos 966 idosos.

O Projeto Cabelo de Prata possui alguns pontos dentro da cidade de Boa Vista, Roraima, contudo, esses pontos estão divididos em 6 (seis) bairros, que são: Bairro União, Bairro Cauamé, Bairro Sílvia Leite, Bairro Pintolândia, Bairro Nova Cidade e Bairro Centenário.

Esse projeto desenvolve juntamente com todos os envolvidos no mesmo, as atividades esportivas, feiras de artesanatos, desenvolvendo passeios, atividades culturais, campanhas em prol da saúde, palestras, cursos etc.

O Projeto Cabelo de Prata abrange em especial aqueles idosos com menores rendimentos. Contudo, existem vagas para mais idosos que queiram participar, pois, a intenção do Projeto e da Prefeitura não é beneficiar apenas alguns idosos, o mesmo foi formulado e aprovado para beneficiar todos os que desejarem.

São, em média, 600 idosos os que recebem uma bolsa incentivo de R\$ 80,00 (Oitenta Reais) mensal, destinadas à compra do que for necessário para sua estadia no Projeto, como as roupas para os exercícios físicos, por exemplo.

4.1 HISTÓRICO DO PROJETO CABELO DE PRATA

A prefeitura municipal de Boa Vista, Roraima, através da secretaria municipal de Desenvolvimento Social e trabalho, desenvolve o Projeto Cabelos de Prata, desde o ano de 2001, após os resultados de pesquisas aplicadas em 49 bairros da Cidade, detectando as necessidades sociais, estruturais, ambientais e econômicas. O projeto foi desenvolvido de reuniões com as organizações sociais, lideranças informais e moradores, os quais compartilham as necessidades e dificuldades existentes em seus bairros.

Diante de tantas necessidades foi detectada a falta de um trabalho voltado para a terceira idade, pois nos dados coletados foi identificado que a

maioria deles vivia em situação de isolamento social, alguns abandonados e sem nenhum tipo de perspectiva e assistência.

Portanto, o Projeto Cabelos de Prata foi instituído em 21 de março de 2006 através da lei nº 843 com o objetivo de atender as pessoas idosas com idade a partir de 60 anos e de baixa renda nos bairros onde já existem os centros de convivência, possibilitando o atendimento da clientela, objetivando a melhoria da qualidade de vida mesma. Neste sentido, realiza ações preventiva de atendimento, através da rede de serviços do município com assistência social, atendimento médico, fisioterapêutico, odontológico, psicológico, pedagógico e atividades recreativas, como jogos lúdicos, dinâmica de grupos, aulas de dança, capoeira, oficinas de interativas e cursos artesanais.

Além disso, o projeto possui o coral cabelos de prata, composto pelos próprios idosos de todos os centros, o qual se apresenta nas comemorações do projeto e para a comunidade quando o solicitamos. Estabelece-se e concretiza-se, deste modo, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e a Política Nacional do Idoso (PNI), o que tem como objetivo contribuir para uma vida saudável e integrada na sociedade.

Atualmente o Projeto Cabelos de Prata atende a 898 idosos, nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Múltiplo Uso (CMU), e num núcleo, distribuídos em diversos bairros da cidade.

O projeto conta com uma gama de profissionais trabalhando nos centros de atendimento, tais como: técnicos de enfermagem, professores de educação física e técnicos de diversas áreas, o que possibilita desenvolver um trabalho de qualidade.

O objetivo é de expandir o projeto fixando mais três centros nos bairros da cidade que ainda não estão sendo beneficiado com o projeto. Além de desenvolver diversas atividades recreativas, o projeto participa em todas as datas comemorativas e eventos juntamente com a comunidade e realiza algumas atividades extras tais como: o desfile no carnaval; apresentação na Boa Vista Junina (quadrilha); realização da blitz educativa; participação em serestas Integrativas nos centros; e outras atividades esporádicas quando surgem oportunidades (circo, aulas de natação e etc.).

Sob a superintendência de Carolina B. Schefer, Gerência de Missilene Amaral Nascimento e coordenação de Marcos Lopes.

4.1.1 Definição Legal de Idoso

Quanto à definição Legal do idoso, foi pesquisado através das observações realizadas na Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Trabalho (SMDS), onde sua meta primordial é especificar a possível escassez existente na técnica de progresso do Projeto Cabelos de Prata, baseando-se nos recursos financeiros e públicos de verificação da SMDS.

Dessa forma, verificam-se as fases do Projeto; avaliar os métodos usados para a formulação dos dados da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Trabalho – (SMDS), onde os mesmos têm por metas essenciais averiguarem a dificuldade das carências das atitudes da SMDS, podendo fazer cada procedimento admitido aos meios pecuniários públicos quanto à falta de materiais de consumo, materiais permanentes e de recursos humanos para o projeto.

Com a efetivação de tal pesquisa ficou clara a averiguação de detalhes desse Projeto, já que o mesmo trabalha com os aspectos sociais, que é uma maneira de agregar personalidades e desenvolver o atendimento e acolhimento aos idosos.

A equipe de gestores, profissionais do serviço social e instrutores buscaram trazer um número favorável de profissionais com habilidade para realizar toda a administração da SMDS, para a partir de então, ocorrer a formulação de outros projetos que tragam mais saúde e bem estar aos idosos. Houve sintonia da equipe projetora na criação e adaptação das instruções que formassem os documentos necessários.

As definições Legais de idosos proporcionadas pela SMDS destacam a apreciação da gestão dos recursos públicos inseridos no Projeto Cabelo de Prata, que expressa a relevância de impedir a carência nas atitudes governamentais, visando garantir o acontecimento das atividades físicas.

Essas definições remetem à obrigação de formulação do planejamento dos gestores públicos, que precisam supor de antemão a funcionalidade, do desempenho das mudanças e transformações ocorridas, visando a melhoria da lentidão do serviço público para os idosos.

4.1.1.1 Fundamentação do Projeto Cabelos de Prata

O aumento do número de pessoas idosas, ou seja, maiores de 60 anos é vivenciada por uma estrutura sociocultural para atender as necessidades básicas dessa fase da vida.

A sociedade está buscando fazer desse o país que perde apenas para 5 (cinco) países no quantitativo de idosos. São em média “20 milhões de brasileiros, e o Brasil é uma nação com dispositivos constitucionais e medidas legais como a Lei n.º. 8.842/1994 (Política Nacional do Idoso) a Lei n.º.10.741/2003 (Estatuto do Idoso)” (BRASIL, 2003, p. 14).

Tais leis interagem para diminuir as divergências e estabelecer a integração social dos idosos. Contudo, não é possível almejar das políticas públicas as ideias e formulações necessárias para a vida em sociedade, sendo preciso formular propostas, projetos, programas e participar deles (BRASIL, 2003).

É preciso desenvolver um conhecimento grupal por meio da colaboração das pessoas, trazendo os meios de comunicação sempre que houver alguma irregularidade, para atalhar as dificuldades das imposições já evidenciadas e, ainda, averiguadas pelos idosos.

Com a existência do Dia internacional do Idoso, é possível realizar uma comemoração no último sábado e domingo do mês de setembro, para chamar a atenção da sociedade para esse horizonte da sociedade que é a velhice.

De acordo com Cabrera (2011), dentre todos os demais países, apenas no Brasil, se tem o Dia do Vovô que é realizado em 26 de julho, dia esse, que traz reflexões a respeito da postura que o ser humano precisa tomar; a respeito do cuidado necessário com os idosos, e cuidados com a quarta idade que são aqueles idosos com mais de 80 anos entre os quais, ainda é possível encontrar quem preste relevantes serviços à sociedade.

Com referência à Constituição Federal, em seu art. 230, §1º e 2º na Lei n.º. 10.741 de 01 de outubro de 2003, que trata a respeito do Estatuto do Idoso, a Prefeita Maria Tereza Saenz Surita Jucá do Municipal de Boa Vista, em Roraima, dar sanção a Lei de n.º. 843, de 21 de março de 2006, que entrega o Projeto Cabelos de Prata à população, por meio do Diário Oficial do Município de Boa Vista, n.º. 1691 de 24/03/2006 (BOA VISTA, 2006).

A Lei nº 843, de março de 2006, do Projeto Cabelos de Prata especifica:

Art. 1º fica instituído o “Projeto Cabelos de Prata”, com a finalidade de promover o atendimento à pessoa idosa de baixa renda, através da rede de serviços do município, proporcionando assistência social, atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatório e estimular o idoso às atividades recreativas, de esporte, cultura e lazer e outros benefícios que visem à melhoria de sua qualidade de vida.

Artigo 2º Compete à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Trabalho, desempenhar as funções de implantar, organização e administração do “Projeto Cabelos de Prata” (BRASIL, 2006, p. 1).

Com tais averiguações, é possível atribuir a integração e interação social do Projeto Cabelos de Preta dentro de Boa Vista, Roraima.

Na Lei 843, no art. 3º, retrata que o “Projeto Cabelo de Prata” tem como metas: desenvolver um entusiasmo nos idosos pelos atributos que o mesmo venha oferecer; encorajar às atividades físicas, realizar miniprojetos continuados; e etc., pois, no item XXII informa que é preciso implantar o “Disk Idoso” (BRASIL, 2006), almejando o atendimento das vítimas da violência doméstica ou outro abuso. As excessivas fundamentações possibilitam e disponibilizam o aumento retornando a valorização de si mesmo, do idoso enfatizando uma vida plena e sociável.

Artigo 4º Fica Instituído o Programa de Inclusão Digital, baseado na metodologia “Luz das Estrelas”, que tem a finalidade de proporcionar cursos e atividades relacionados ao uso da informática para pessoas idosa participantes do “Projeto Cabelos de Prata”, com objetivo de levar conhecimento da utilização básica de computadores a fim de facilitar o uso de Caixa Eletrônico instalados nos estabelecimentos bancários (BRASIL, 2006, p. 2).

É com a concordância das leis que começam as atitudes de fato e direito sobre o aumento do valor do idoso, trazendo o resguardo ao mesmo. Dessa forma, observa-se que o Projeto Cabelos de Prata é de direito estabelecido e inicia-se como uma menção quanto aos demais projetos e ações sociais direcionados aos idosos de Boa Vista, Roraima.

De acordo com a Lei nº 843/06, em seu art. 4, 46 e 47, que evidencia o Estatuto do Idoso e relata sobre a Política de Atendimento ao Idoso e as segmentações de ação das estratégias de atendimento realizar-se-á por motivo

dos meios articulados de procedimentos governamentais brasileiros, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2006).

A ação das políticas de atendimento são políticas sociais básicas previstas na Lei nº. 8.842/94:

(...) dos programas de assistência social; serviços especiais de prevenção e atendimento as vítimas de negligência maus-tratos, exploração abuso, crueldade e opressão; serviços de identificação e localização de parentes ou responsáveis por idosos abandonados; proteção jurídica social por entidades de defesa dos direitos dos idosos; mobilização da opinião pública no sentido da participação dos diversos segmentos da sociedade referente ao idoso (BRASIL, 2013, p. 5).

Com vistas no Estatuto do Idoso e com todas essas ações de observância, onde o idoso adquire os direitos legais para ter uma vida digna, a sociedade e o poder público precisarão garantir aos idosos a precedência dada a alguém, em sua convivência social.

Observou-se também que o art. 5º e 6º da lei 843/06 refere a equipes para servirem com atenção ao Projeto Cabelos de Prata (BRASIL, 2006). Em tal formação são atribuídas funções a equipe de pessoas especializadas para trabalhar com os idosos participantes do projeto.

4.2 HISTÓRICO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E TRABALHO (SMDS)

A Lei nº. 843/2006 de Boa Vista, Roraima, que delibera o Projeto Cabelos de Prata, no Art. 2º e Parágrafo Único, traz possibilidades para realizar os objetivos específicos da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Trabalho (SMDS), onde a gestão tem como alçada a especificação, organização e efetivação da política de ação social que é de cunho da cidade de Boa Vista, trazendo a centralidade da família e as intenções fundamentais para a junção entre o setor público e o restante da sociedade; o tencionamento, o cumprimento e o seguimento desse projeto de fortalecimento para o trabalho, manifestando apropriação de renda, evidenciando o empreendedorismo, cooperativismo, o associativismo e a auto sustentabilidade entre os membros

da sociedade; entre outras atividades pertinentes em determinadas datas do ano.

De acordo com Cabrera (2011), a SMDS é inteiramente a gestora dos demais projetos que evidenciam a ação social e os idosos; Agente Jovem; Peti; Meninos do dedo Verde; Guarda Mirim; e, Cabelos de Prata, mesmo não estando todos estes em atividades com um número grande de colaboradores e participantes.

As três esferas do poder público objetivam a realização de serviços mais completos, nas atitudes que beneficiem os idosos. Nestas atitudes a serem realizadas pela administração educacional, gerências locais e lideranças das pessoas da terceira idade, em geral é efetuada a aplicação certa dos valores financeiros públicos, observando um acréscimo no comprometimento do controle social e da sociedade.

Artigo 2º Compete à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Trabalho, desempenhar as funções de implantar, organização e administração do “Projeto Cabelos de Prata”.

Parágrafo Único. O Poder Executivo Municipal através da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Trabalho fica autorizado a celebra parceria com órgãos e instituições municipais, estaduais, federais, governamentais e não governamentais para a oferta de programas sociais complementares, inclusive celebrar termos de cooperação possibilitando aporte de recursos financeiros com objetivo de proporcionar o desenvolvimento do Programa “Cabelos de Prata” (BRASIL, 2006, p. 2-3).

A SMDS é auxiliar da tendência da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Trabalho determinarão os meios disponíveis ou explorar condições favoráveis com vista a objetivos específicos da propagação desse projeto; ajudadora na realização dos eventos; na motivação dos idosos do Projeto Cabelo de Prata; comovendo a família e a comunidade a respeito do dever para com as pessoas da terceira e quarta idades.

4.3 IDOSOS QUE FAZEM PARTE DO PROJETO CABELO DE PRATA

Quanto aos idosos que são matriculados no Projeto Cabelo de Prata, possuem necessidades básicas do ser humano quando chega à velhice. Lembrando que o então Projeto proporciona varias atividades para atender algumas necessidades básicas do idoso. Dentre elas as atividades físicas que na terceira idade tem sido considerada um componente essencial para o estilo de vida saudável e ainda busca melhorar a convivência do idoso no âmbito social.

Compreende-se por meio da pesquisa dentro dos Polos do “Projeto Cabelos de Prata”, que os mesmos foram iniciados possuindo como metas trazer à utilidade a vida dos idosos. Esse projeto é compreendido e realizado por vários profissionais como supervisor, professor de informática, instrutores do programa de inclusão digital, entre instrutores de outros cursinhos, como a capoeira, tai-chy-chauan, educação física, dança, artesanato e teatro, que atuam juntos com psicólogos, assistência social, fisioterapeuta, clínico geral e geriatra.

Cabrera (2011) ressalta que no momento em que o Projeto Cabelo de Prata foi iniciado, existiam somente 100 idosos, contudo, o número dos que participam atualmente, dentre os matriculados e os que só participam com certa frequência, chega a 1.060 idosos, em que 600 deles recebem a bolsa de R\$ 80,00 (Oitenta Reais) mensalmente. Tal bolsa é somente um estímulo, pois grande partes desses idosos já recebem benefícios por outros motivos.

Quando acontece o idoso ficar até 6 (seis) meses ausente das atividades do Projeto Cabelo de Prata, sua bolsa é extinta. Contudo, existem exceções como se o mesmo levar um atestado médico evidenciando que não está em condições físicas ou psicológicas para realizar as atividades físicas e culturais do projeto.

Os horários das atividades para cada etapa da terceira idade é a seguinte: os idosos com menos de 60 anos, podem conviver no projeto nos dias de terças e quintas-feiras; já os que possuem de 61 anos em diante, podem participar às segundas e quartas-feiras. Dentre esses, 105 idosos são ativos participantes no decorrer da semana, com 2 (duas) horas de atividades por dia.

São poucos os profissionais qualificados para trabalharem com as pessoas na terceira idade, existe carência desses profissionais. São realizadas parcerias com psicólogos, médicos, personal trainer e orientadores para os cursos.

As parcerias são realizadas com o apoio da União e Estado, que fornecem orçamento para as necessidades do Projeto Cabelo de Prata, considerando os gastos com os profissionais, material permanente, transportes, material de consumo, e bolsa aos idosos.

Dentre os locais especificados para o atendimento são:

- Centro Valdecir Ribeiro de Souza, localizado na Rua C-36 n°. 869 Bairro Silvio Leite, telefones: 3674-4556 / 9115-0933;
- Centro João Luis Hartz, localizado na Rua Carmelo, n°. 1400 Bairro Pintolândia, telefone: 3628-6771;
- Centro Deusdete Coelho, localizado na Rua 11, n°.81 Bairro União, telefone: 3627-2222;
- Centro Carlos Casádio, localizado na Rua NC-04, n°. 310 Bairro Nova Cidade, telefone: 3625-9846;
- Centro Pastor Raimundo, localizado na Rua Paraguai, n°. 250 Bairro Cauamé, telefones: 3627-2006 / 9113-0945;
- Centro São Pedro, localizado na Rua Miguel Lupe (Igreja Católica do São Pedro), telefones: 8118-0393;
- Centro Francisca Barbosa Santos, localizado na Rua Santo Agostinho S/N Bairro Centenário, telefone: 8114-6834.

Conforme Cabrera (2011) esses dados foram adquiridos no Centro de Múltiplo Uso (CMU) no bairro União, que evidenciou um conhecimento a respeito de como é administrado os recursos financeiros adquiridos para o Projeto Cabelo e Prata.

O público alvo desse projeto são aqueles idosos que possuem renda per capita de até um salário mínimo, com idade maior que 60 anos residente em Boa Vista, Roraima.

Cabrera (2011) ressalta ainda que para o idoso fazer seu cadastro nos CMU é preciso comprovar esses requisitos, somados às visitas nas

residências, conforme a seleção estabelecida receberá a bolsa de R\$ 80,00 mensalmente como incentivo.

Existe em média 9.000 idosos em toda Roraima. Mesmo com esse grande número, a cidade de Boa Vista iniciou com 100 idosos nos anos de 2003, já no ano de 2007 o número cresceu para 966 idosos onde, 600 bolsistas e 366 não bolsistas que realizavam atividades físicas nos centros de múltiplo uso mais próximo da sua residência, onde nos mesmos também tinham alfabetização, cursos e oficinas.

Outros órgãos públicos também estão trabalhando em parceria, como a SMSA (Secretaria Municipal da Saúde), FETEC (Fundação de Educação, Turismo , Exporte e Cultura), SMGP (Secretaria Municipal de Gestão de Pessoas), SMGA (Secretaria Municipal de Administração e Gestão de Pessoas), quando ocorre de algum bolsista falecer, a bolsa é entregue para outro idoso seguindo os mesmos critérios para a escolha do primeiro.

Foi observado que no Departamento de Pessoal existe a escassez, quanto aos profissionais qualificados. Os valores advindos da Prefeitura Municipal de Boa Vista, também servem para:

(...) bolsa, uniformes, material permanente, lanche utilizado em encontros de capacitação e profissionalizante e também com Recurso Federal do Piso Básico de Transição com idoso em grupo de convivência nos Centros de Múltiplo Uso, conforme portaria n°.460, de 18/12/2007. A fonte de recursos vem do Tesouro Municipal (Brasil, 2010, p. 22).

No começo das pesquisas observacionais em campo, foi difícil a compreensão das informações, pois, os números nem sempre eram os mesmos. Porém compreende-se que o empenho e persistência foram de grande importância, pois tudo o que foi recolhido sobre o papel de gestores públicos, como informações e dados estão expostos neste desenvolvimento.

5 METODOLOGIA

Os métodos utilizados neste trabalho foram a pesquisa bibliográfica e a pesquisa em campo. Utilizando o método indutivo, onde através da análise de alguns autores bem sucedidos encontrados nas citações das bibliografias, foram demonstrados os principais requisitos para analisar suas compreensões sobre os exercícios regulares desenvolvidos com idosos, e sobre o conhecimento evidenciado pelos mesmos.

A metodologia para essa elaboração foi fundamentado nas abordagens de pesquisa quali-quantitativa e interpretativa, que buscou estudar sobre a prática do Programa Cabelo de Prata em Boa Vista, Roraima, na vida da pessoa idosa. Os dados levantados foram utilizados e analisados com o objetivo de responder a pergunta problema da pesquisa, tendo em vista a sociedade não conhecer minuciosamente a importância do tema para a pessoa idosa. Como resultado da pesquisa surgiu um referencial teórico substancial, onde o mesmo foi capaz de elucidar a dúvida apresentada pela sociedade quanto ao incentivo aos exercícios físicos.

Segundo Marconi e Lakatos:

A Metodologia é a explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda ação desenvolvida no método (caminho) do trabalho de pesquisa. É a explicação do tipo de pesquisa, do instrumental utilizado (questionário, entrevista e etc.), do tempo previsto, da equipe de pesquisadores e da divisão do trabalho, das formas de tabulação e tratamento dos dados, enfim, de tudo aquilo que se utilizou no trabalho de pesquisa (2007, p. 18).

No primeiro momento foi utilizada a pesquisa bibliográfica, momento que foram apresentados no trabalho conceitos de diferentes autores que tratam do assunto sobre a prática dos exercícios regulares para pessoas idosas.

A pesquisa bibliográfica, segundo Gonçalves, “trata-se do primeiro passo em qualquer tipo de pesquisa; sua finalidade é conhecer as diferentes contribuições científicas sobre o assunto que se pretende estudar” (2005, p. 58).

Para Assis, a pesquisa bibliográfica:

[...] se refere muito mais ao ambiente onde se realizam do que ao tipo ou características da pesquisa. Nesse sentido, a pesquisa bibliográfica além de levantar os conceitos dos teóricos ela engloba também o ambiente, dando ao pesquisador a oportunidade de construir um trabalho independente ou fundamentar os passos iniciais para outras pesquisas (*apud* Fachin, 2006, p. 21).

Neste trabalho, a pesquisa bibliográfica foi realizada partindo de uma ampla e elaborada pesquisa selecionando citações diretas e indiretas, pesquisadas em livros, revistas, sites, artigos, dissertações, teses e legislações que tratam sobre o tema, fundamentadas com o objetivo de apresentar o conceito dos teóricos da área, visando suprir as expectativas dos leitores, e de igual modo, além de esclarecer, sirva para propagar os benefícios que esse tema pode trazer às pessoas idosas e para a sociedade de modo geral.

5.1 DEFINIÇÕES DAS PESQUISAS

Os procedimentos nas pesquisas científicas são referentes às maneiras pelas quais se conduzem o estudo e, portanto, o elemento mais importante para a identificação de um delineamento foi o procedimento adotado para a coleta de dados.

Segundo Marconi e Lacatos (2007, p. 28), a pesquisa é um “[...] procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo do desconhecimento”.

No desenvolver desta pesquisa os procedimentos adotados foram o de levantamento bibliográfico que se entendeu a possibilidade da busca da informação para a pesquisa.

Nesse ponto de vista, Marconi e Lacatos (2007) destacam que o pesquisador precisa ir ao espaço onde ocorreu o fenômeno, daí reunir um conjunto de informações a serem processados, pois, muitas pesquisas utilizam esse procedimento, principalmente aquelas que possuem um caráter exploratório ou descritivo.

Na pesquisa bibliográfica foi feito o levantamento do referencial teórico que deu embasamento para pesquisa.

5.2 MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

A parte teórica é a pesquisa bibliográfica, consistiram no levantamento das bibliografias, leituras analíticas e coletas de informações, a fim de subsidiar a composição final do trabalho, mantendo a fidedignidade dos autores consultados.

Os objetivos traçados tem fundamental importância para essa realização, pois, demonstram um desenvolvimento da investigação de campo de pesquisa, para adquirir dados relevantes como a prática dos exercícios regulares.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Conforme Furasté (2011), a pesquisa qualitativa e a quantitativa demonstram possibilidades interessantes como modalidade de pesquisa, independente de serem sistêmica ou investigação científica. Foi preciso esclarecer as definições e objetivos alcançados e disponibilizar sugestões sobre as necessidades de estudados com maior afinco. Esses métodos qualitativos trazem contribuições ao trabalho de pesquisa manifestando uma mistura de procedimentos racionais e intuitivos capazes de proporcionar melhor compreensão do significado da salvação para o ser humano.

Por pesquisa qualitativa entende-se segundo Severino, que:

[...] a pesquisa qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e atribuição de significados são básicos no processo qualitativo. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem (2007, p. 20).

Como a abordagem qualitativa, buscou-se de maneira descritiva relatar informações dadas pelos pesquisados por meio da aplicação de questionário da pesquisa de campo e tais informações são quantificáveis, os dados obtidos foram interpretados com a fala de diferentes autores que viessem respaldar a análise dos dados.

Contudo, a pesquisa qualitativa para o desenvolvimento desse contexto apresentou o valor da questão problema para as pessoas envolvidas com o processo, isto trabalhada diretamente no ambiente natural das pessoas estudadas. Tendo em vista que foram as pessoas idosas que estão inseridas no Programa Cabelo de Prata da Prefeitura Municipal de Boa Vista, Roraima.

Por outro lado, a pesquisa quantitativa trabalhou diretamente com dados, objetivando fornecer ao pesquisador elementos numéricos que permitiam resultados mais precisos mais eficazes, conforme, Fachin:

Já a quantitativa é determinada em relações aos dados ou à proporção numérica não deve ser feita ao acaso, porque a variação de uma propriedade não é quantificada cientificamente. Por exemplo, podemos atribuir um número ao comprimento de um objeto de relance. Isso não será quantificação científica. A quantificação científica envolve um sistema lógico que sustenta a atribuição de números (2006, p.78).

Nesta perspectiva, utilizou-se da pesquisa quantitativa para quantificar as pessoas idosas que receberam o questionário, dos horários em que os mesmos foram aplicados aos idosos e aos gestores e personal trainer/professores dos exercícios físicos. Essas pesquisas foram necessárias pela contribuição da pesquisa quantitativa, desenvolvendo números, a qual é indispensável para o desenvolvimento da análise dos dados.

5.4 DEFINIÇÃO DO UNIVERSO E DIMENSÃO DA AMOSTRA

A Fundamentação Teórica foi realizada partindo da ampla pesquisa bibliográfica elaborada, onde foram selecionadas citações diretas e elaboradas citações indiretas por meio de livros, revistas, sites e artigos científicos.

Em se tratando da pesquisa de campos, Gonçalves (2005), afirma que: “a pesquisa de campo é utilizada principalmente em Ciências Sociais, não tem o objetivo de produzir ou reproduzir fenômenos, embora isso seja possível sobre determinada circunstância” (p. 57). Portanto, na pesquisa de campo foi realizada a aplicação de questionário à 80 (oitenta) idosos com mais de 60 anos de idade, que fazem parte do Programa Cabelo de Prata, localizados em diferentes bairros onde estão localizados, Boa Vista-RR.

Gonçalves esclarece a importância da aplicação dos questionários para o desenvolvimento de uma pesquisa.

Os questionários são instrumentos de coleta de dados, preenchidos pelo pesquisado, sem a presença do investigador. Normalmente, deve [...] demorar aproximadamente 30 minutos para ser respondido, podendo ser levado pessoalmente ao local da pesquisa ou enviado por correio, e necessita estar acompanhado de carta de apresentação ou cabeçalho, contendo o objetivo, a justificativa e as instruções sobre o preenchimento adequando-se há ou não necessidade de identificação pessoal e informações sobre sua devolução correta (2005, p. 74).

No questionário direcionado aos idosos, foi elaborado com 10 perguntas diretas, onde 9 foram fechadas sendo qualitativas e 1 também fechadas sendo quantitativa. Outro questionário foi direcionado aos gestores do Programa Cabelo de Prata, contendo 10 perguntas diretas e qualitativas; e para finalizar a seção de questionamentos, foi aplicado um outro modelo de questionário direcionado aos professores/personal trainer do Programa, onde continham 10 perguntas diretas, onde 4 foram fechadas sendo qualitativas e 07 abertas.

Os questionários direcionados aos idosos foram aplicados no período entre 05 de fevereiro a 05 de abril de 2013, apenas em dias letivos. Dos 898 idosos participantes e matriculados no projeto foram entregues 100 questionários, onde apenas 80 responderam as perguntas.

Os questionários direcionados aos gestores do Programa Cabelo de Prata foram aplicados no dia 10 de abril de 2013. Dos 7 gestores foram entregues 7 questionários, todos responderam as perguntas.

Já os questionários direcionados aos professores/personal trainer do Programa Cabelo de Prata, foram aplicados entre 05 de maio a 01 de junho de 2013. Dos personal trainer foram entregues 07 questionários, onde todos responderam as perguntas.

Tais questionários foram entregues entre sempre na chegada dos idosos, professores/personal trainer e gestores no Programa Cabelo de Prata, sempre no turno matutino e vespertino. Tendo perguntas relacionadas aos exercícios regulares na vida dos idosos, partem da aquisição de informações realizada na análise dos dados, para complementação da conclusão da pesquisa e considerações finais desse contexto.

Com esse processo metodológico esperou-se alcançar a resposta da pergunta que norteia esse problema: Por que é aconselhado que os idosos

façam exercícios regulares? Como objetivo principal estudar os procedimentos acima citados.

A partir de então, as informações foram recolhidas, tabuladas e elaborada a análise dos dados, conforme o instrumento de pesquisa, visando que todos observem as questões norteadoras desta análise das respostas dos entrevistados.

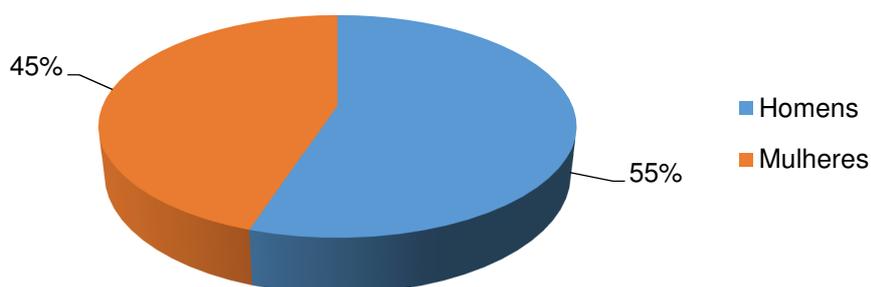
6 ANÁLISE DE DADOS

As respostas dos gestores do Programa Cabelo de Prata estão disponibilizadas no capítulo anterior, juntas ao referencial teórico pesquisado.

6.1 ANÁLISE DAS RESPOSTAS DOS PERSONAL TRAINER DO PROGRAMA CABELO DE PRATA

GRÁFICO 01: Sexos dos idosos participantes dos exercícios físicos

Ao aplicar o questionário contendo a pergunta sobre qual o sexo com maior número de participantes das aulas de exercícios físicos, as respostas forma: 55% dos personal trainer responderam serem homens; e 45% dos personal trainer responderam serem mulheres.

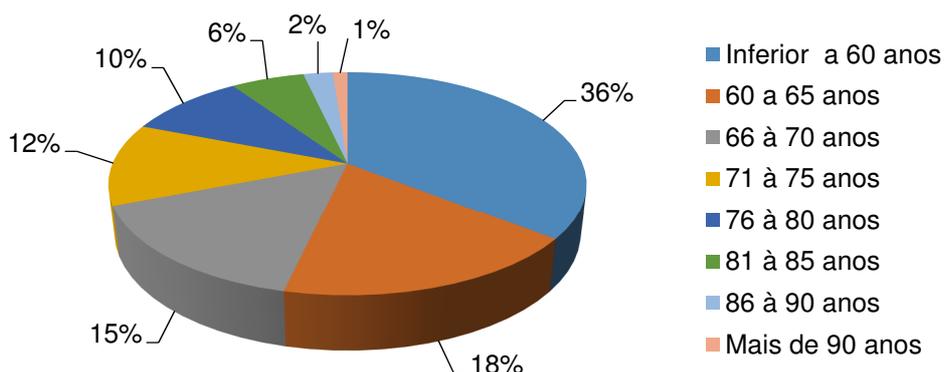


A mulher possui uma sensibilidade maior para obter conhecimento e segui-lo, contudo, as idosas já se sentem fracas e preferem praticarem menos exercícios físicos. Isso, não despreza a ideia que elas não tenham o conhecimento ou não queiram, e sim por acreditarem que não conseguem tanto esforço físico.

GRÁFICO 02: Idade dos idosos que praticam das atividades físicas

Quando foi realizada a pergunta aos personal trainer sobre a idade dos idosos participarem das atividades físicas, as respostas forma: 36% dos personal trainer responderam que possuem a idade inferior a 60 anos; 18% dos

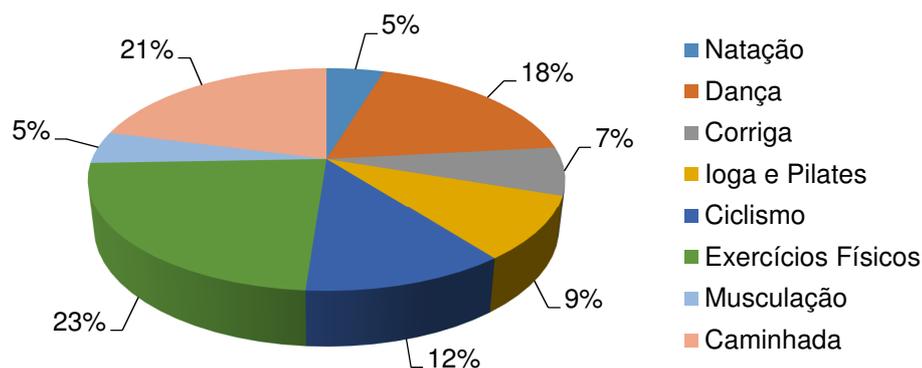
personal trainer responderam que possuem de 60 a 65 anos de idade; 15% dos personal trainer responderam que possuem de 66 a 70 anos de idade; 12% dos personal trainer responderam que possuem de 71 a 75 anos de idade; 10% dos personal trainer responderam que possuem de 76 a 80 anos de idade; 6% dos personal trainer responderam que possuem de 76 a 80 anos de idade; 2% dos personal trainer responderam que possuem de 81 a 85 anos de idade; e 2% dos personal trainer responderam que possuem de 86 a 90 anos de idade.



Foi possível perceber, durante a realização dessa pesquisa, que os personal trainer estão preocupados com a falta de disposição dos idosos, pois, no gráfico 06, com respostas dos próprios idosos, as respostas são bem diferenciadas.

GRÁFICO 03: Atividades físicas que os idosos preferem

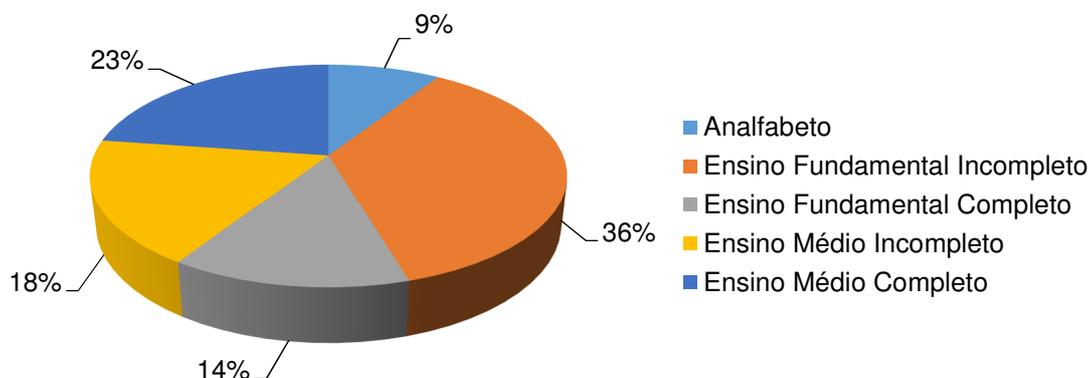
Ao questionar aos personal trainer sobre as atividades físicas que os idosos preferem executar, as respostas foram: 5% dos personal trainer informaram que os idosos preferem natação; 18% dos personal trainer informaram que os idosos preferem dança; 7% dos personal trainer informaram que os idosos preferem corrida; 9% dos personal trainer informaram que os idosos preferem ioga e pilates; 12% dos personal trainer informaram que os idosos preferem ciclismo; 23% dos personal trainer informaram que os idosos preferem os exercícios físicos diversificados; 5% dos personal trainer informaram que os idosos preferem musculação; 21% dos personal trainer informaram que os idosos preferem a caminhada.



Dos exercícios físicos compreendidos pelos personal trainer observa-se que os idosos preferem os que menos possuem esforços físicos, ou seja, eles querem se sentir com dever cumprido, com as atividades realizadas.

GRÁFICO 04: Escolaridade dos idosos que mais participam das atividades físicas

Quando foi questionado sobre a escolaridade dos idosos que mais participam das atividades físicas, as respostas do questionário, foram: 6% dos idosos entrevistados responderam que são os idosos analfabetos; 59% dos idosos entrevistados responderam que são os idosos que tem o Ensino Fundamental incompleto; 3% dos idosos entrevistados responderam que são os idosos que tem o Ensino Fundamental completo; 3% dos idosos entrevistados responderam que são os idosos que tem o Ensino Médio incompleto; 2% dos idosos entrevistados responderam que são os idosos que tem o Ensino Médio completo.

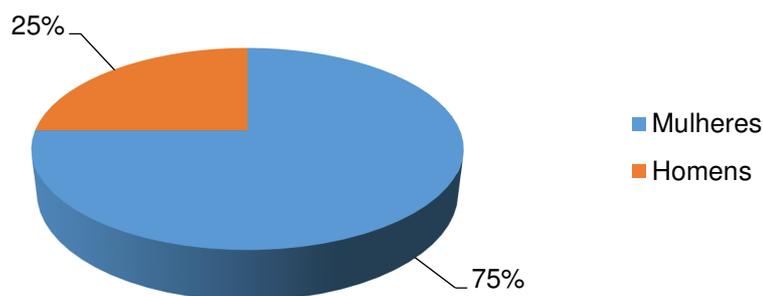


Com a porcentagem da totalidade de idosos matriculados nos exercícios físicos, ficou claro que a maioria dos participantes possui apenas o Ensino Fundamental Incompleto.

6.2 ANÁLISE DAS RESPOSTAS DOS IDOSOS PARTICIPANTES DO PROGRAMA CABELO DE PRATA

GRÁFICO 05: Sexos dos idosos participantes do Programa Cabelo de Prata

Ao aplicar o questionário contexto a pergunta sobre qual o sexo do entrevistado, as respostas foram: 75% dos idosos responderam serem mulheres; apenas 25% dos idosos responderam serem homens.

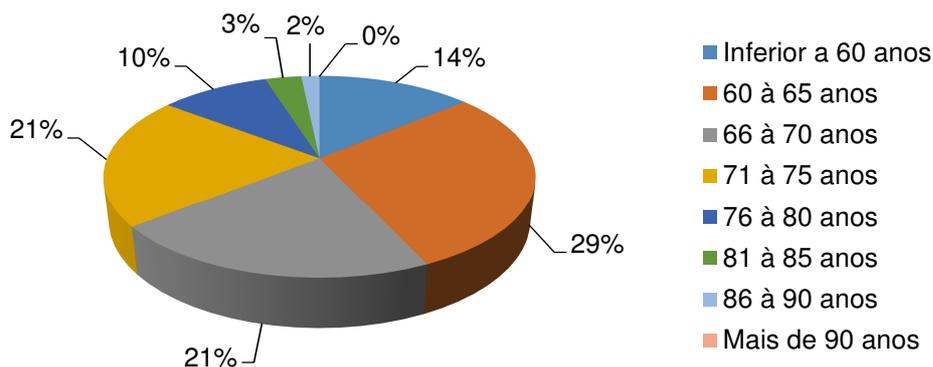


Foi possível observar que a maior longevidade das mulheres é uma das respostas possíveis para essa porcentagem, pois, a própria cultura feminina busca uma preocupação maior com a saúde, e o fato de se identificarem mais com tais atividades. Onde a visão de muitos idosos do sexo masculino é que já se esforçaram o bastante, atualmente desejam apenas descansar. Também é possível descrever que muitos homens que participam das atividades físicas nesse projeto, é apenas para acompanhar a esposa ou se for viúvo ou solteiro é para conhecer uma companheira.

GRÁFICO 06: Idade dos idosos

Quando foi realizada a pergunta sobre a idade dos idosos entrevistados, as respostas foram: 14% dos idosos responderam que possuem uma idade inferior a 60 anos; 29% dos idosos responderam que possuem de 60 a

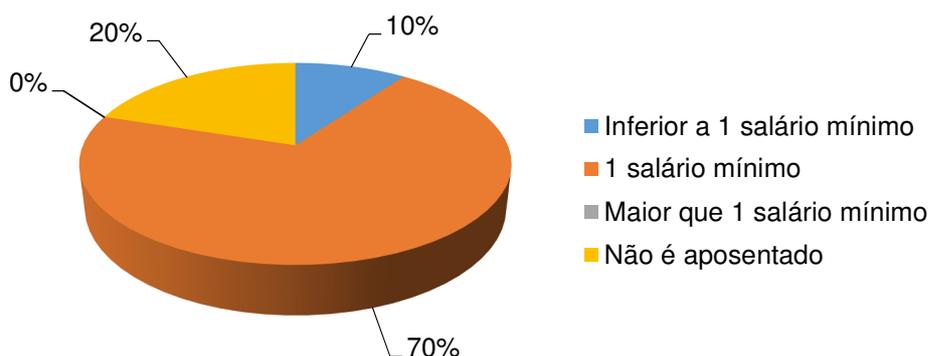
65 anos de idade; 21% dos idosos responderam que possuem de 66 a 70 anos de idade; 21% dos idosos responderam que possuem de 71 a 75 anos de idade; 21% dos idosos responderam que possuem de 76 a 80 anos de idade; 10% dos idosos responderam que possuem de 76 a 80 anos de idade; 3% dos idosos responderam que possuem de 81 a 85 anos de idade; 2% dos idosos responderam que possuem de 86 a 90 anos de idade; e nenhum entrevistado respondeu que possui mais de 90 anos de idade.



Dessa forma, é válida a observação que nos anos iniciais da terceira idade, há uma resistência maior dos idosos para se destacarem de suas residências e irem aos Polos do Projeto Cabelo de Prata, pois, quanto mais a idade vai avançando, menor é o número de idosos nesse Projeto. O número diminui não somente por motivo dos óbitos irem acontecendo, mais a própria capacidade física dos idosos vai diminuindo até os mesmos observarem que não têm mais forças para realiza-las.

GRÁFICO 07: Renda dos idosos

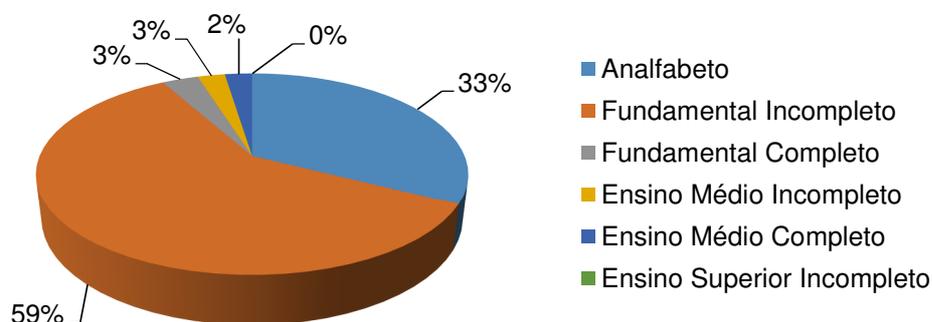
Foi perguntado aos idosos qual era sua renda no momento da aplicação do questionário, e os mesmos responderam que: 10% dos entrevistados possuem uma renda inferior a 1 salário mínimo; 70% dos entrevistados possuem renda de 1 salário mínimo; nenhum entrevistado possui renda maior que 1 salário mínimo; 20% dos entrevistados não são aposentados, por esse motivo não recebem renda fixa.



Foi possível verificar que alguns desses idosos entrevistados estão buscando aposentadoria, contudo, como os requisitos são muitos ainda não conseguiram. Também existem idosos que estão buscando adquirir a aposentadoria que era do cônjuge falecido, como ainda não adquiriram esse benefício, os mesmos não estão expostos nesse gráfico.

GRÁFICO 07: Escolaridade dos idosos

Quando foi questionado sobre a escolaridade dos idosos respondentes do questionário, observou-se que: 33% dos idosos entrevistados responderam que eram analfabetos; 59% dos idosos entrevistados responderam que tem o Ensino Fundamental incompleto; 3% dos idosos entrevistados responderam que tem o Ensino Fundamental completo; 3% dos idosos entrevistados responderam que tem o Ensino Médio incompleto; 2% dos idosos entrevistados responderam que tem o Ensino Médio completo; e nenhum dos entrevistados responderam que tem o Ensino Superior, mesmo sendo incompleto.

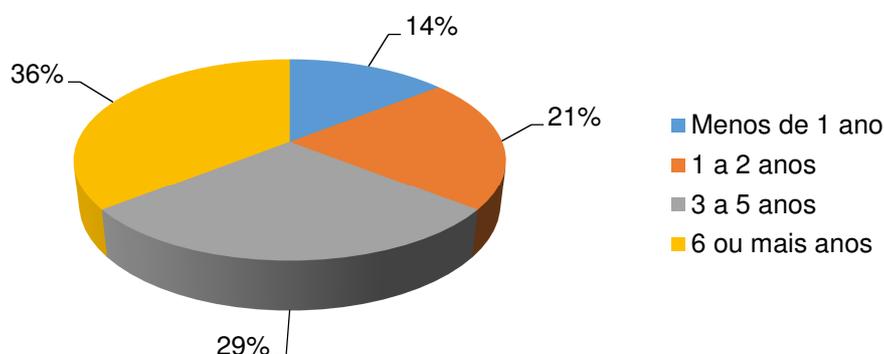


Acredita-se que em um curto período de tempo, a escolaridade dos idosos nesse Programa irá ser alterada, pois, na atualidade muitas pessoas

que estão próximas a entrarem na terceira idade já possuem o Ensino Superior.

GRÁFICO 09: Tempo de participação no Projeto Cabelo de Prata

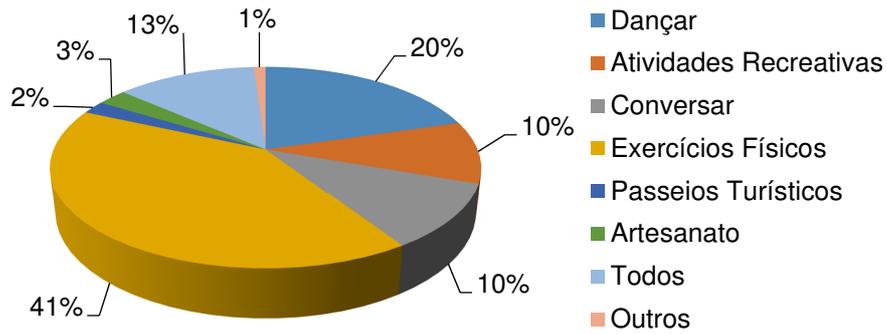
Foi questionado aos idosos há quanto tempo os mesmos frequentam tal Projeto, e as respostas foram: 14% dos idosos entrevistados responderam que frequenta a menos de 1 ano; 21% dos idosos entrevistados responderam que frequentam de 1 a 2 anos; 29% dos idosos entrevistados responderam que frequentam de 3 a 5 anos; 36% dos idosos entrevistados responderam que frequentam de 6 anos ou mais.



O motivo da grande porcentagem entre os integrante do Projeto com menos de 1 ano ou até 2 anos, é grande por motivo, de determinados idosos necessitarem se afastar por motivos de doenças da velhice, mortes ou viagens, já que eles passam parte do tempo nas residências dos filhos.

GRÁFICO 10: Atividade que o idoso prefere realizar

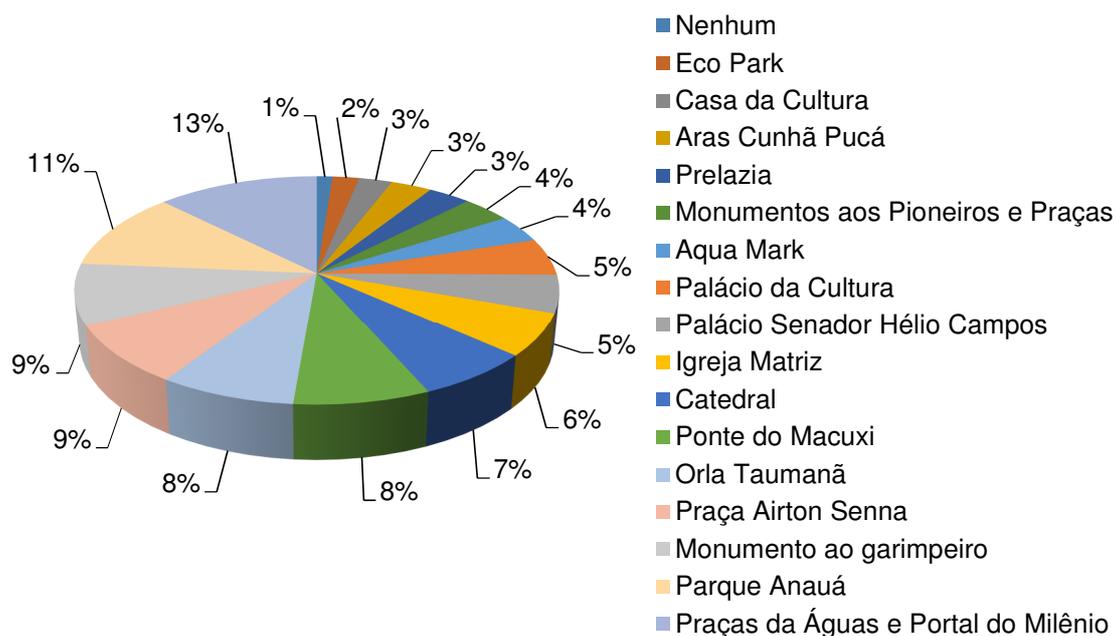
Ao questionar qual atividade o idoso prefere realizar, as respostas foram: 20% dos idosos responderam que preferem dançar; 10% dos idosos responderam que preferem as atividades recreativas; 10% dos idosos responderam que preferem conversar; 41% dos idosos responderam que preferem exercícios físicos; 2% dos idosos responderam que preferem passeios turísticos; 3% dos idosos responderam que preferem o artesanato; 13% dos idosos responderam que preferem todos os itens listados, sem exceção; e apenas 1% respondeu que prefere outros.



Observa-se que mesmo o número de atividades não sendo muitas, mais já trabalha o sedentarismo dos idosos, pois, reflete a comunicação entre eles.

GRÁFICO 11: Atrativos boavistenses que os idosos gostariam de conhecer

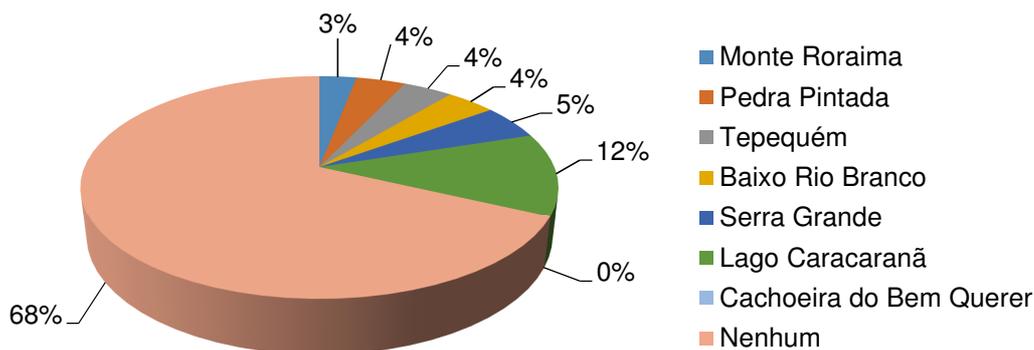
Quando foi questionado aos idosos a respeito dos atrativos turísticos que os mesmos gostariam de conhecer, as respostas foram: 1% dos entrevistados responderam que nenhum atrativo precisa ser conhecido por ele; 2% dos entrevistados responderam que gostariam de conhecer o Eco Park; 3% dos entrevistados responderam que gostariam de conhecer a Casa da Cultura; 3% dos entrevistados responderam que gostariam de conhecer o Aras Cunhã Pucá; 3% dos entrevistados responderam que gostariam de conhecer a Prelazia; 4% dos entrevistados responderam que gostariam de conhecer o monumentos aos pioneiros e praça; 4% dos entrevistados responderam que gostariam de conhecer o Aqua Mark; 5% dos entrevistados responderam que gostariam de conhecer o Palácio Senador Hélio Campos; 5% dos entrevistados responderam que gostariam de conhecer a Igreja Matriz; 7% dos entrevistados responderam que gostariam de conhecer a Catedral; 8% dos entrevistados responderam que gostariam de conhecer a Ponte do Macuxi; 8% dos entrevistados responderam que gostariam de conhecer a Orla Taumanã; 9% dos entrevistados responderam que gostariam de conhecer a Praça Airton Senna; 9% dos entrevistados responderam que gostariam de conhecer o Monumento do Garimpeiro; 11% dos entrevistados responderam que gostariam de conhecer o Parque Anauá; e 13% dos entrevistados responderam que gostariam de conhecer a Praça das Águas e o Portal do Milênio.



A partir das respostas desse questionamento, foi possível averiguar que os pontos turísticos da cidade de Boa Vista, não são conhecidos por muitos dos próprios moradores, isso enfraquece a cultura e o conhecimento dos idosos.

GRÁFICO 12: Atrativos turísticos conhecidos pelos idosos

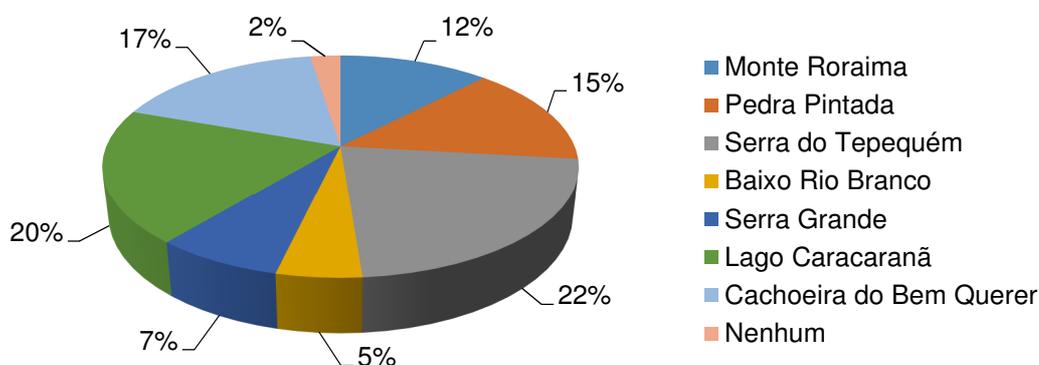
Quando foi questionado a respeito dos atrativos turísticos que os idosos já conhecem, as respostas foram: 3% dos idosos entrevistados responderam já conhecerem o Monte Roraima; 4% dos idosos entrevistados responderam já conhecerem a Pedra Pintada; 4% dos idosos entrevistados responderam já conhecerem a Serra do Tepequém; 4% dos idosos entrevistados responderam já conhecerem o Baixo Rio Branco; 5% dos idosos entrevistados responderam já conhecerem a Serra Grande; 12% dos idosos entrevistados responderam já conhecerem o Lago Caracaranã; nenhum dos idosos entrevistados respondeu que conhecem a Cachoeira do Bem Querem; 68% dos idosos entrevistados responderam que não conhece nenhum desses atrativos turísticos.



Com as respostas já especificadas é possível compreender que grande parcela da sociedade, as vezes moradores a muito tempo em Roraima, não conhecem os atrativos turísticos existentes nessa região, onde é evidenciado a pequena curiosidade dessas pessoas desde a juventude pelo próprio ambiente em que vivem.

GRÁFICO 13: Atrativos turísticos que os idosos gostariam de conhecer

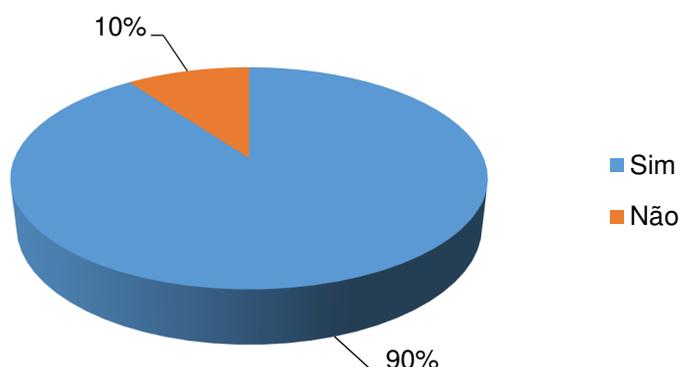
Ao questionar aos idosos quais atrativos turísticos do Estado de Roraima eles gostariam de conhecer, as respostas foram: 12% dos idosos entrevistados gostariam de conhecer o Monte Roraima; 15% dos idosos entrevistados gostariam de conhecer a Pedra Pintada; 22% dos idosos entrevistados gostariam de conhecer a Serra do Tepequém; 5% dos idosos entrevistados gostariam de conhecer o Baixo Rio Branco; 7% dos idosos entrevistados gostariam de conhecer a Serra Grande; 20% dos idosos entrevistados gostariam de conhecer o Lago Caracaranã; 17% dos idosos entrevistados gostariam de conhecer a Cachoeira do Bem Querer; e 2% dos idosos entrevistados não gostariam de conhecer mais lugar nenhum.



Com as respostas anteriores é possível descrever que muitos dos idosos se animaram apenas com a pergunta sobre o ponto turístico que eles desejavam conhecer, contudo, é preciso se preocupar com os idosos que responderam que não têm mais intenções de conhecer lugar nenhum, pois, um início de depressão pode estar se formando.

GRÁFICO 14: Viagens e excursões para complementar os exercícios físicos

Quando foi questionado se os idosos gostariam de complementar os exercícios físicos já realizados com viagens e excursões, as respostas foram: 90% dos idosos responderam que sim; e apenas 10% dos idosos responderam que não.



Isso implica no condicionamento físico de cada idoso, pois, se os mesmos se adaptarem aos exercícios físicos regularmente, terão maiores possibilidade de forças, disposição e garra para as viagens e excursões propostas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Grande parte dos idosos sem aptidão por exercícios físicos, são pessoas viúvas, que tem dependência da hora de sair e chegar em casa, não tem uma boa escolaridade, são aposentados ou pensionistas, possui, uma ou mais doenças a muitos anos e usam um medicamento em especial regularmente.

Nos locais onde estão os centros de convivência e laser para idosos, são onde encontram-se idosos de diversas classes sociais. É realizadas diversas brincadeiras e quebradas as barreiras para o desempenho das atividades físicas que os professores e personal trainer evidenciam.

As dificuldades encontradas como impasses para os exercícios físicos regulares são limitações física, pouca disposição, demasiado cuidado da família, alguns exercícios físicos inadequados que fazem com que o idoso acredite que não deve praticar os adequados, as doenças musculares e crônicas, a ocupação com o outro cônjuge que não pode ou não quer praticar os exercícios físicos, a apreensão a quedas, e ter a atividade física algo desnecessário.

Observou-se também alguns facilitadores para os idosos praticarem os exercícios físicos, que são: o bem estar na realização das atividades físicas, a comunicação entre os idosos e os colaboradores do Projeto Cabelo de Prata, as vantagens ao corpo trazidas pelas atividades físicas, à adequação quanto ao horário e quantidade de exercícios físicos, companhia se exercitar e ter saúde.

As dificuldades dos idosos em terem sedentarismo ocorrem, grande parte das vezes, pelo aumento da idade, que limita fisicamente e evidencia as doenças. Tais limitações e doenças provocam um relaxamento nos idosos que tendem a não se auto motivarem para a realização dos exercícios físicos.

Os motivos de muitos idosos não se auto motivarem para os exercícios físicos, podem ser ligados a falta de costume desses atos. É mais fácil perceber a vida longa quando se pratica exercícios físicos, ou seja, quando essa prática ocorrer em torno desse prazer.

É necessária uma continuação das atividades físicas em todos os Polos do Programa Cabelo de Prata, pois, se comparar o início do Programa

com os dias atuais, será demonstrado claramente o acréscimo do número de idosos participantes das atividades físicas. Dessa forma, é possível evidenciar que o número irá continuar crescendo, pois, ainda existem idosos que não praticam atividades físicas regularmente.

Contudo, espera-se que as respostas dos entrevistados e as análises dos dados coletados, juntamente com a contextualização da fundamentação teórica, tenham facilitado a compreensão dos leitores sobre a prática das atividades físicas relacionada aos idosos de 80 anos ou mais, concluindo-se que a averiguação de tais entraves e facilitadores pode melhorar o planejamento para as atividades futuras, adquirindo melhorias no comportamento físico e psicológico desses idosos.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFFIUNE, A (2002). *Envelhecimento Cardiovascular*. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q.; VASCONCELOS, M. E. L.; CARVALHO, M. S.; VASCONCELOS, A. N. G.; FONSECA, T. C. O.; LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. A. (2007). *Influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil*. *Cad Saúde Pública*, v.23, n.8.

AMARAL, C. F. S. (2007). *Emergências Hipertensivas: Hipertensão Arterial*. São Paulo: Editora Sarvier.

_____, N. M. D. (2008). *O Serviço Social com Idosos: uma análise da prática a partir dos elementos profissionais essenciais*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Serviço Social PUC/RJ.

ARANHA, V. C. (2007). *Aspectos Psicológicos do Envelhecimento*. In: NETTO, M. P. Tratado de Gerontologia. 2ª ed. São Paulo: Ed. Atheneu.

ASSIS, M. (2010). *Promoção de Saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao idoso da UnATI/UERJ*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ.

BARROSO, M. J. (2007). *A Assistência Social e o idoso: um desafio, uma reflexão*. *Cadernos ABONG*. São Paulo: ABONG, nº 19, Série Especial, out.

BEAUVOIR, S. de. (2010). *A velhice*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira.

BEE, H. (2007). *O ciclo vital*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

BRANDÃO, S. *Desenvolvimento Psicomotor da Mão*. RS: Enelivros Editora e Livraria, 2008.

BRASIL, Divisão Nacional de Doenças Crônico Degenerativas. *Centro de Documentação do Ministério da Saúde*. Estimativa de Prevalência de Hipertensão Arterial na População Adulta. Brasília: Senado Federal, 2008.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2000*. Questionário Básico CD 1.02 IBGE. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em 25. jan. 2009.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980–2050*. Revisão 2004. Rio de Janeiro: IBGE – DEPIIS. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 27. set. 2008.

_____. Lei nº 843, de março de 2006. Institui o Projeto Cabelo de Prata e dar outras providências. Gabinete da prefeitura de Boa Vista/RR, em março de 2006.

_____. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. *Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.* Presidência da República, Casa Civil, 2013.

_____. Projeto de Proteção Básica ao Idoso, Departamento Sócio Educativo da Promoção Social, CABRERA, F. Wallace, Coordenador do Projeto CREF 008/026/T/RR, 2010.

_____. Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Senado Federal, Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Organização Mundial de Saúde. *CID-10 – Classificação Internacional de Doenças: décima revisão.* 15ª ed. São Paulo: EdUSP; v. 1.

_____. Universidade Aberta a Terceira Idade. *Guia de bolso de avaliação geriátrica.* Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

BENEDETTI, T. R. B. (2007). Reprodutibilidade e validade do questionário internacional de atividade física (IPAQ) em homens idosos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 13, n. 1.

_____; PETROSKI, E. L.; GONÇALVES, L. H. T. (2004). *Perfil do idoso do município de Florianópolis: relatório final.* Florianópolis: Pallotti.

_____; GONÇALVES, L. H. T.; MOTA, J. A. P. S. (2007). Uma Proposta de Política Pública de Atividade Física para Idosos. *Texto e Contexto Enfermagem*. v. 16, n. 3.

BINOTTO, M. A.; BORGATTO, A. F.; FARIAS, S. F. (2010). Nível de atividade física: questionário internacional de atividades físicas e tempo de prática em mulheres idosas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. v. 13, n. 3.

BLECHER, Maria Augusta. (2005). Velho, esse desconhecido. Artigo publicado na revista *ESPM*, volume 12, ano 11, edição nº3, maio/junho.

BOA VISTA, Município: Diário Oficial. N°. 1691, 2006.

BONACCORSI, A. C. (2001) *Andropausa: Insuficiência Androgênica Parcial do Homem Idoso: Uma Revisão. ArqBrasEndocrinolMetabol.*

CABRERA, F. W. (2011). *Projeto de Proteção Básica ao Idoso, Departamento Sócio Educativo da Promoção Social.* CREF 008/026/T/RR.

CALDAS, C. P. (2007). *Quarta Idade: A Nova Fronteira da Gerontologia.* In: NETTO, M. P. *Tratado de Gerontologia.* 2ª ed. São Paulo: Ed. Atheneu.

CAMARANO, A. A. (2008). *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica.* Texto para Discussão, n.858, Rio de Janeiro: IPEA.

_____; KANSO, S.; BELTRÃO, J. L. (2004). *Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros?* In: Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Organizado por Ana Amélia Camarano - Rio de Janeiro: IPEA.

CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. C. (2008). Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição no idoso. *RevNutr*, v.23, n.3.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. (2003). O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública*, v.19, n.3.

CERQUEIRA, M. M. *Imagens do Envelhecimento e da Velhice: Um estudo na população portuguesa.* Aveiro: Universidade de Aveiro, 2010. Dissertação de Doutorado.

CHANDLER, J. M. (2002). Equilíbrio e quedas no idoso: questões sobre a avaliação e o tratamento. In: GUCCIONE, A. A. (Org.). *Fisioterapia geriátrica.* 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

CHAIMOWICS, F. (2009). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Publica*, v.48, n.2.

COELHO, A. K.; FAUSTO, M. A. (2011). *Avaliação pelo nutricionista.* In: MACIEL, A. *Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter.

CÔRTE, B. (2005). *Velhice envelhecimento complex (idade).* São Paulo: Vetor.

CORTELLETTI, I. (2006). *Idoso asilado: um estudo gerontológico.* Caxias do Sul: EDIPUCRS.

COSTA, A. J. L. (2006). Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios PNAD, Brasil, 2003. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.11, n.4.

COSTA, G. A. (2003). *Tríplice Visão do Envelhecimento: Longevidade, qualidade de vida e aspectos biopsicossociais da velhice*. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação Física – FAEFI, Uberlândia, 2003.

COSTA, M. F. L.; VERAS, R. (2003). Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública*, v.19, n.3.

CRUZ, I. B. M.; ALMEIDA, M. S. C.; SCHWANKE, C. H. A.; MORIGUCHI, E. H. (2004). Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. *RevAssocMedBras*, v.50, n.2.

CUBA, C. de M. G. B. (2005). *Ninguém vive sem amizade! A importância da Amizade política dos idosos colaboradores da UnATI/UERJ*. Dissertação de Mestrado, PUC.

FARINATTI, P. T. V. (2002) Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. *Revista Brasileira de Medicina Esporte* , 8(4), p.25 ?

FERRARI, M. A. C. *Idosos muito idosos: reflexões e tendências*. *Mundo Saúde*. São Paulo, v.26, n.4, 2002.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, E C. M. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saúde Pública*, n.37, p.6.

FORTUNATO R. S, ROSENTHAL D, CARVALHO D. P. (2007). Abuso de Esteróides Anabolizantes e seu Impacto sobre a função Tireoídea. *ArqBrasEndocrinolMetabol*, 51(9).

FACHIN, O. (2006). Fundamentos de Metodologia. 5. ed. *Revista e Atualizada*. São Paulo: Saraiva.

FURASTÉ, P. A. Normas técnicas para trabalhos acadêmicos. 15. ed. Porto Alegre, 2011.

GALLO, J. R. L; CASTRO, R. B. P. & MACIEL, B. C. (2007). *Exercício Físico e Hipertensão*. São Paulo: Editora Sarvier.

GEIS, P. P. (2003). *Atividade física e saúde na terceira idade teoria e prática*. 5.ed. Porto Alegre: Artmed.

GONÇALVES, H. de A. (2005). *Manual de Metodologia e Pesquisa Científica*. São Paulo: Avercamp.

GORARD, D. A. (2006). *Escalatingpolypharmacy*. *Q J Med*, v.99, n.11.

GUIMARÃES, L. H. C. T.; GALDINO, D. C. A.; MARTINS, F. L. M.; VITORINO, D. F. M.; PEREIRA, K. L.; CARVALHO, E. M. (2004). Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. *Rev Neurociências*, v. 12, n.2.

HALLAL, P.C.; SIQUEIRA, F. V.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; VIEIRA, V. (2007). Prevalência de quedas e fatores associados em idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*, v.41.

JACOB FILHO, W. (2006). Atividade física e envelhecimento saudável. XI Congresso Ciências do Desporto e Educação Física dos países de língua portuguesa. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, São Paulo, v.20, Suplemento n. 5.

KALACHE, A. (2008). O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência Saúde Coletiva*, v.13, n.4.

KRUG, R. de R. (2012). *Idosas longevas inativas fisicamente: percepção das barreiras e facilitadores para a prática da atividade física*. Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC; Curso de Mestrado em Ciências do Movimento Humano. Dissertação, Florianópolis, p 32.

LAGO, S. B.; SOUZA, E. M. (2012). *Educação para saúde na terceira idade: relato de experiência*. Estudo Interdisciplinar do Envelhecimento, v.4.

LAURENTI, R. (2009). *Epidemiologia da Hipertensão Arterial: Etiologia e Tipos de Hipertensão Arterial* - In R. Chiaverini; M. Marcondes; H. Silva e O. L. Ramos - Doença Hipertensiva: diagnóstico e tratamento Livraria Atheneu - São Paulo.

LIMA, L. G.; FERRIOLLI, E.; MORIGUTI, J. C.; LIMA, N. K. C. (2007). Aspectos controversos no tratamento da hipertensão no idoso: fragilidade, distúrbios cognitivos e octogenários. *RevBrasHipertens*, v.14, n.1.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. (2007). Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *RevBrasEpidemiol*, v.10, n.2.

MANDU, E. N. T. (2004). Consulta de enfermagem na promoção da saúde sexual. *Revista Brasileira de Enfermagem*.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. (2007). *Metodologia científica*. 4. ed. São Paulo: Atlas.

MARAFON, L. P.; DA CRUZ, I. B. M.; SDCHWANKE, C. H. A.; MORIGUCHI, E. H. (2003). *Associação de fatores de risco e demorbidade cardiovascular com mortalidade em idosos longevos*. *Cad Saúde Pública*, v.19, n.3.

MARTINEZ, W. N. (2004). *Comentários ao Estatuto do Idoso*. São Paulo: LTr.

MATSUDO, S. M. M. (2001). Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. In: MATSUDO, S. M. M., editor. *Envelhecimento e Atividade Física*. 1. ed. Brasil, Londrina.

MATSUDO, S. M. M. (2010). *Envelhecimento e atividade física*. Londrina: Modigraf.

MATSUDO, S.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L.; BRAGGION, G. (2002). Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista Atividade Física & Saúde*, v.6, n.2.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K.; & NETO, T. L. B. (2001). Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 7(1), p.43

MAZO, G. Z.; MOTA, J.; GONÇALVES, L. H. T.; MATOS, M. G. (2009). Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio-demográficas de mulheres idosas brasileiras. *RevPortCienDesp*, v.2 .

MENEZES, T. N.; MARUCCI, M. F. N. (2005). Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. *Rev Saúde Pública*, v.39, n.2.

MINAYO, M. C. de S. (2005). *Violência Contra Idosos: O Avesso de Respeito à Experiência e à Sabedoria*. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2. ed.

MORAIS, E. P.; RODRIGUES, R. A. P.; GERHARDT, T. E. (2008). Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enferm*, v.17, n.2.

MORAIS et al (2011). -----
-----, p. 26

MOTA, M. P.; FIGUEIREDO, P. A.; DUARTE, J. (2004) A. Teorias biológicas do Envelhecimento. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4(1), p. 81-110.

NERI, A. L. (2005). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea.

NERI, A. L. (2007). *Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo, SP: Co-edição Fundação Perseu Abramo e Edições SESC SP.

NETTO, M. P. (2007). *Tratado de Gerontologia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu,

NEGRINI, A. (2006). *Educação Psicomotora*. 1 ed. Porto Alegre: Pallotti.

NOGUEIRA, S. L.; GERALDO, J. M.; MACHADO, J. C.; RIBEIRO, R. C. L. (2008). Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico. *RevBrasEstudPopul*, v.25, n.1.

NOVAIS, F. V.; (2009). *Influência de um programa de exercícios físico e recreativos na auto-percepção do desempenho em atividades de vida diária de idosos*. In: GONÇALVES, A. K.; GROENWALD, R. M. F. Qualidade de vida e estilo de vida ativo no envelhecimento. Evangraf: Porto Alegre.

NOVELITZ, M. (2009). *Osteoporose: Prevenção, Diagnóstico e Conduta*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Publicações Científicas.

NUNES, M. C. R.; RIBEIRO, R. C. L.; FRANCESCHINI, S. C. C.; ROSADO, L. E. F. P. L. (2005). *Capacidade funcional e condições nutricionais de idosos residentes em Ubá - Minas Gerais*. [Dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.

OKUMA, S. S. (2010). *O idoso e a atividade física: Fundamentos e pesquisa*. 3ª edição, Campinas: Papyrus.

OLIVEIRA, D. L. C.; GORETTI, L. C.; PEREIRA, L. S. M. (2006). O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades de vida diária e mobilidade: estudo piloto. *Rev Bras Fisioter*, v.10, n.1.

OSULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T. J. (2006). *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. 2 ed. São Paulo: Manole.

PAIXÃO JÚNIOR, C. M.; REICHENHEIM, M. E. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saúde Pública*, v.21, n.1.

PAPÁLIA, D. E.; & OLDS, S. W. (2012). *Desenvolvimento humano*. (Traduzido por Daniel Bueno). 9ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

PARAHYBA, M. I.; & SIMÕES, C. C. S. (2006) A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*, 11(4), p 19.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. (2005). Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública*, v.39, v.3.

PAVARINE, Sofia Cristina Iost (2005). A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? Sofia Cristina Iost Pavarini; Marisa Silvana Zazzetta de Mendiondo; Elizabeth Joan Barham; Vania Aparecida Gurian Varoto; Carmen Lúcia Alves Filizola.

PELZER, M. T. A enfermagem e o idoso portador de demência tipo Alzheimer: desafios do cuidar no novo milênio. *Est InterdisciplEnvelh*, v.4, 2002.

PEREIRA, R. J.; COTTA, R. M. M.; FRANCESCHINI, S. C. C.; RIBEIRO, R. C. L.; SAMPAIO, R. F.; PRIORE, S. E.; CECON, P. R. (2006). Contribuição dos domínios físico, social psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatria*, v.28, n.1.

PERRACINI, M. C. & RAMOS, L. R. (2002). Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública*, 36 (6), p. 38?

POON, L. W.; CLAYTON, G. M.; MARTIN, P.; JOHNSON, M. A.; COURTENAY, B. C, SWEANEY, A. L.; MERRIAM, S. B.; PLESS, B. S.; THIELMAN, S. B. (2013). *The GeorgiaCentenarianStudy*. *Int J AgingHumDev*, v.104, n.1.

PY, L. (2004). *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: Ed. NAU.

RAHAL, A. M.; ANDRUSAITIS, F. R.; SGUIZZATTO, G. T. (2007). Atividade física para o idoso e objetivos. In: NETTO, M. P. *Tratado de Gerontologia*. 2ª ed. São Paulo: Ed. Atheneu.

RAMOS, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad Saúde Pública*, v.19, n.3.

RASO, V. (2002). A adiposidade corporal e a idade prejudicam a capacidade funcional para realizar as atividades da vida diárias de mulheres acima de 47 anos. *RevBrasMed Esporte*, v.8, n.6.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J.G.S. (2007). *Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. 2.ed. ampl. Barueri, SP: Manole.

REY, L. (2009). *Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde*. RS: Guanabara Koogan S. A.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. (2009). Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Rev Saúde Pública*, v.39, n.4.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. (2003). Fatores determinantes de capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*, v.37, n.1.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. (2005). Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciencia Saude Coletiva*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320050102
Acesso em: 20 de mai de 2013.

SEVERINO, A. J. (2007). *Metodologia do trabalho científico*. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez.

SILVA, J. C. da (2013). *Velhos ou Idosos? A Terceira Idade*. São Paulo: SESC/GETI, n.26, vol.14.

_____ (2006). *Velhice e Assistência Social no Brasil*. A Terceira Idade. São Paulo: SESC/GETI, n.35, vol.17.

SILVA, T. A. A.; JUNIOR, A. F.; PINHEIRO, M. M.; SZEJNFELD, V. L. (2006). Sarcopenia Associada ao Envelhecimento: Aspectos Etiológicos e Opções Terapêuticas. *RevBrasReumatol*, v.46, n.6.

TEIXEIRA, L. A. (2006). Declínio de desempenho motor no envelhecimento é específico à tarefa. *RevBrasMed Esporte*, v.12, n.6.

TROSTER, R. L.; MOCHÓN, F. M. (2002). Introdução à Economia. ed. Revisada e atualizada, São Paulo: *Pearson Makron Books*.

VERAS, R. (2007). Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad Saúde Pública*, v.23, n.10.

VOLTARELLI, F. A.; MELLO, M. A. R.; & DUARTE, J. A. R (2007). Apoptose e sarcopenia do músculo esquelético no envelhecimento. *Motriz*,13(2), p. 65

WERLE, M. H. (2009). *Fatores de risco para mortalidade cardiovascular e por todas as causas em idosos longevos*. Dissertação de Mestrado, UFRGS.

WEINBERG, R. S.; GOULD, D. (2010). *Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício*. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed Editora.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. (2012). O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *RevBrasEstudPopul*, v.23, n.1.

XAVIER, F. M. F. (2006). O desempenho em testes neuropsicológicos de octogenários não-dementes e com baixa escolaridade em duas comunidades do sul do Brasil. *Revista Psico*. v. 37, n. 3.

ZAITUNE; M. P. A. (2007). Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. v. 23, n. 6.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIOS COMO O GESTOR DO PROJETO
CABELO DE PRATA**

1 Com quantos idosos vocês trabalham atualmente?

2 Em quais bairros estão localizados os Polos do Programa Cabelo de Prata?

3 Quais as atividades realizadas regularmente nesses Polos?

4 Quais idosos esse Programa atende?

5 Há escassez nos recursos enviados ao Programa Cabelo de Prata, do que foi proposto ou do que precisaria?

6 Qual a finalidade do Projeto Cabelo de Prata?

7 Quais os objetivos do Projeto Cabelo de Prata?

8 Quais os eventos de datas comemorativas que o Projeto Cabelo de Prata organiza como forma de socialização para os idosos?

9 Os idosos recebem alguma bolsa por sua participação no Projeto Cabelo de Prata?

10 Você tem projetos, ainda em andamento para serem realizados do próximo ano em diante? Quais?

**APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA OS IDOSOS DO PROGRAMA
CABELO DE PRATA**

1 Qual o seu sexo?

- Masculino Feminino

2 Qual a sua idade?

- Inferior a 60 anos 60 à 65 anos
 66 à 70 anos 71 à 75 anos
 76 à 80 anos 81 à 85 anos
 86 à 90 anos Mais de 90 anos

3 Qual a sua renda?

- Inferior a 1 salário mínimo 1 salário mínimo
 Não é aposentado

4 Qual a sua escolaridade?

- Analfabeto Fundamental Incompleto
 Fundamental Completo Ensino Médio Incompleto
 Ensino Médio Completo Ensino Superior Incompleto

5 Há quanto tempo você participa desse projeto?

- Menos de 1 ano 1 a 2 anos
 3 a 5 anos 6 anos ou mais anos
 Desde o início

6 Qual atividade você mais gosta de fazer?

- Dança Atividades Recreativas
 Conversa Exercícios Físicos
 Passeio Turístico Artesanato
 Todos Outros

7 Quais dos atrativos do Boa Vista, você gostaria de conhecer?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Igreja Matriz |
| <input type="checkbox"/> Eco Park | <input type="checkbox"/> Catedral |
| <input type="checkbox"/> Casa da Cultura | <input type="checkbox"/> Ponto do Macuxi |
| <input type="checkbox"/> Aras Cunhã Pucá | <input type="checkbox"/> Orla Taumanã |
| <input type="checkbox"/> Prelazia | <input type="checkbox"/> Praça Airton Senna |
| <input type="checkbox"/> Monumentos aos Pioneiros e Praças | <input type="checkbox"/> Monumento ao garimpeiro |
| <input type="checkbox"/> Aqua Mark | <input type="checkbox"/> Parque Anauá |
| <input type="checkbox"/> Palácio da Cultura | <input type="checkbox"/> Praças da Águas |
| <input type="checkbox"/> Palácio Senador Hélio Campos | <input type="checkbox"/> Portal do Milênio |

8 Quais dos atrativos do Estado de Roraima você conhece?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Monte Roraima | <input type="checkbox"/> Serra Grande |
| <input type="checkbox"/> Pedra Pintada | <input type="checkbox"/> Lago Caracaranã |
| <input type="checkbox"/> Serra do Tepequém | <input type="checkbox"/> Cachoeira do Bem Querer |
| <input type="checkbox"/> Baixo Rio Branco | <input type="checkbox"/> Nenhum |

9 Quais dos atrativos do Estado de Roraima você gostaria de conhecer?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Monte Roraima | <input type="checkbox"/> Serra Grande |
| <input type="checkbox"/> Pedra Pintada | <input type="checkbox"/> Lago Caracaranã |
| <input type="checkbox"/> Serra do Tepequém | <input type="checkbox"/> Cachoeira do Bem Querer |
| <input type="checkbox"/> Baixo Rio Branco | <input type="checkbox"/> Nenhum |

10 Você deseja complementar os seus exercícios físicos participando de viagens e excursões?

- Sim Não

ANEXO

DOCUMENTAÇÃO DO PROJETO

LEI Nº 843, DE MARÇO DE 2006.

INSTITUI O “PROJETO CABELOS DE PRATA” E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS

A PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA/RR, no uso de suas atribuições legais, faço saber que a câmara municipal aprovou e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º fica instituído o “projeto cabelos de prata”, com finalidade de promover o atendimento à pessoa idosa de baixa renda, através da rede de serviços do município proporcionando assistência social, atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatório e estimular o idoso às atividades recreativas, de esporte, cultura e lazer e outros benefícios que visem à melhoria de sua qualidade de vida.

Art. 2º compete à secretaria municipal de desenvolvimento social e trabalho, desempenhar as funções de implantação e administração do projeto “cabelos de prata”.

Parágrafo único. O poder executivo municipal através da secretaria municipal de desenvolvimento social e trabalho, fica autorizado a celebrar parceria com órgãos e instituições municipais, estaduais, federais, governamentais e não-governamentais para a oferta de programas sociais complementares, inclusive celebrar termos de cooperação possibilitando aporte de recursos financeiros com o objetivo de propiciar o desenvolvimento do programa “cabelos de prata”

Art. 3º o “projeto cabelos de prata” de que trata esta lei tem como objetivos:

I- Promover o fortalecimento do idoso na estrutura familiar mediante os valores morais e éticos;

II- Estimular o idoso as atividades recreativas associativas de esporte, cultura, lazer e dança;

III- Incentivar aos idosos a participação de exames médicos periódicos, fisioterapêuticos, geriátricos e gerontológicos em ambulatórios;

IV- Viabilizar formas participativas em ocupação com as demais gerações;

V- Priorizar o atendimento do idoso carente de rendas na manutenção da própria sobrevivência;

VI- Proporcionar capacitação em oficinas interativas, com palestras educativas, campanhas informativas em cursos artesanais, contribuindo para uma vida saudável e integrada à sociedade.

VII- Promover o fortalecimento da auto-estima através do desenvolvimento de diversas atividades;

VIII- Desenvolver ações contínuas que visem promover os direitos fundamentais da pessoa idosa;

IX- Incentivar os idosos analfabetos e alfabetizados a fazer do aprendizado um dos objetivos principais dessa fase de suas vidas;

X- Elaborar cronogramas de atividades de atividades a fim de cuidar da saúde física e mental da pessoa idosa;

XI- Realizar oficinas nas comunidades para resgate da auto-estima do idoso;

XII- Realizar palestras abordando os temas, tais como; família, saúde, educação, estatuto do idoso, previdência, envelhecimento, cidadania, assistência social e outros congêneres;

XIII- Utilizar dinâmicas de grupos para quebrar de preconceitos e a elevação da auto-estima do idoso;

XIV- Desenvolver atividades realizadas a educação, esporte, lazer, espetáculos, produtos e serviços que respeitem a peculiar condição do idoso;

XV- Divulgação sobre os direitos garantidos no estatuto do idoso através de oficinas e distribuição de material específica;

XVI- Realizar atividades com os integrantes do “coral cabelos de prata” com apresentações em escolas e em eventos culturais;

XVII- Promover a integração dos membros deste projeto com os participantes das quadrilhas juninas a fim realizarem apresentações por ocasião dos festejos juninos;

XVIII- Incentivar a apresentação de peças teatrais nos centros de convivência com temas variados;

XIX- Desenvolver o talento da pessoa idosa em eventos promovidos pelos município, na área de poesia, contos, músicas, literaturas, artesanato e outros, e incentivar sua participação, anualmente, no “concurso talentos da maturidade”, nestas categorias ou em outras modalidades;

XX- Atender as necessidades dos idosos compreendendo os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;

XXI- Estimular a participação do idoso em trabalhos voluntários, observando a sua área de afinidade e interesse;

XXII- Implantar o “DISK IDOSO” para atender idosos vítima da violência doméstica ou e qualquer outro abuso;

XXIII- Propor capacitação e treinamentos para os motoristas de transportes coletivos, especialmente sobre as disposições do estatuto do idoso, estimulando um tratamento digno o respeito destes para com os idosos;

XXIV- Estimular a mobilização social para a concretização dos direitos dos idosos;

XXV- Promover a capacitações continuadas com os profissionais envolvidos no atendimento ao idoso;

XXVI- Estimular a sua participação no conselho municipal do idoso, para a implementação da política municipal do idoso;

XXVII- Realizar festivais culturais como forma de valorização dos talentos dos idosos;

XXVIII- Promover campeonatos municipais e intermunicipais de jogos gerontológico.

Art. 4º fica instituído o programa de inclusão digital, baseado na metodologia “luz das letras”, que tem a finalidade de proporcionar cursos e atividades relacionadas ao uso da informática para as pessoas idosas participantes do “projeto cabelos de prata”, com objetivo de levar conhecimento da utilização básica de computadores a fim de facilitar o uso de caixa eletrônica instalados nos estabelecimentos bancários.

Art. 5º o “projeto cabelos de prata”, desenvolvido por uma equipe de profissionais especializados, será composta pelos seguintes membros:

- I-** Dois supervisores;
- II-** Dois instrutores de informática;
- III-** Dois professores para atender o programa de inclusão digital;
- IV-** Um professor de capoeira;
- V-** Um professor de dança;
- VI-** Um professor de educação física;
- VII-** Um professor de artesanato;
- VIII-** Um professor de tai-chi-chuan;
- IX-** Um professor de teatro;
- X-** Um assistente social;
- XI-** Um psicólogo;
- XII-** Um fisioterapeuta;
- XIII-** Um médico geriatra;

Art. 6º A equipe de que trata o artigo 5º, exercerá suas atividades de acordo com sua especificação, mediante contrato de caráter temporário de excepcional interesse público, por período de vinte e quatro meses, podendo ser prorrogado por igual período, por uma única vez, nos termos do art. 37, inciso IX, da constituição federal.

§ 1º A extinção do contrato disposto neste artigo pode ocorrer da seguinte forma:

I- A pedido do contratado ou, de pleno direito, pelo simples término do prazo determinado, não assistido, em ambas os casos, o direito a qualquer indenização ao contratado por parte do município de Boa Vista;

II- Por iniciativa do órgão ou contratante, decorrente de convivência administrativa, cabendo, neste caso, ao contratado a indenização correspondente a metade do que lhe caberia referente ao restante do término do contrato.

§ 2º caso a equipe não possa atender a demanda, fica aberto para futuras contratações mediante a necessidade do projeto disposto nesta lei.

Art. 7º a seleção para o ingresso a este projeto será realizada pela secretaria municipal de desenvolvimento social e trabalho

Art. 8º fica o chefe do executivo municipal autorizado a regulamentar esta lei no prazo de sessenta dias a partir da data de sua publicação.

Art. 9º as despesas decorrentes desta lei correrão por conta das dotações orçamentais próprias.

Art. 10° esta lei entra em vigor na data de publicação, revogando-se as disposições em contrario.

Gabinete da prefeitura de Boa Vista/RR, em março de 2006.

**Teresa jucá
Prefeita**