

ANA CRISTINA YAMAMOTO

GERONTOLOGIA EDUCACIONAL: UMA PROPOSTA DE INCLUSÃO
DA TERCEIRA IDADE NA EDUCAÇÃO FORMAL, COMO
ALTERNATIVA DE PREVENÇÃO À DOENÇA DE *ALZHEIMER*.

PONTAL DO PARANÁ

2005

ANA CRISTINA YAMAMOTO

GERONTOLOGIA EDUCACIONAL: UMA PROPOSTA DE INCLUSÃO
DA TERCEIRA IDADE NA EDUCAÇÃO FORMAL, COMO
ALTERNATIVA DE PREVENÇÃO À DOENÇA DE *ALZHEIMER*.

Monografia apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Especialista no Curso de Pós-Graduação em Inclusão Social/Educação Especial, Setor de Psicologia da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

Orientadora: Prof^ª. Joseth Antonia Oliveira Jardim Martins.

PONTAL DO PARANÁ

2005

Àqueles que acreditam na educação para a
cidadania global, livre de preconceitos,
reconhecendo e valorizando a essência do
ser.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço uma pessoa que faz a diferença por pensar e acreditar que o mundo pode ser distinto. Que crê em uma sociedade mais justa, cuja desigualdade social seja abolida, porque a vê como uma forte candidata ao caos total. Praticante de exercícios que demonstrem que o bem, acima de tudo vence o mal, e que os valores de ontem serão a solução para as dificuldades do futuro. Questões por vezes tão simples, mas que perante os olhos da sociedade são tão complexos. Seus olhos brilham quando vêem seus alunos da Educação de Jovens e Adultos superarem os desafios e preconceitos impostos pela sociedade, desmistificando *tabus*. A existência desse ser certamente é reconhecido, porque é especial e fala com o coração. Essa pessoa, esse ser...sou EU.

À minha amiga e terapeuta Edna, pela energia transmitida em todos os momentos e acreditar em meu potencial.

Joseth minha orientadora, pela compreensão, acompanhamento e revisão desse trabalho. Que Deus continue a iluminá-la.

Mie agradeço pela fiel companhia em todos os momentos.

Pai e Mãe, que durante as aulas me acompanharam nas viagens até o litoral como prova do apoio.

Aos meus familiares (tia Mo, Maurício, Marcos e Andreia) que estiveram ao meu lado, emprestando o computador e me ajudando.

Ricardo pela força, compreensão e incentivo nos momentos de profunda dedicação ao estudo.

Ao Bruno, que através de suas mensagens transferia conforto e tranquilidade.

Àquele que sempre está comigo, proporcionando-me saúde, paz, harmonia, esperança, crença, liberdade, coragem, amor, honestidade, iluminação, existência...Deus.

À todos que diretamente ou indiretamente participaram para a realização desse trabalho, meu muito obrigada.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO.....	v
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. CAPÍTULO I.....	3
2.1. INCLUSÃO SOCIAL.....	3
2.2. INCLUSÃO SOCIAL DO IDOSO.....	5
2.3. ESTATUTO DO IDOSO.....	12
3. CAPÍTULO II – DOENÇA DE ALZHEIMER.....	17
3.1. HISTÓRICO.....	17
3.2. COMO FICA O CÉREBRO NA DOENÇA DE ALZHEIMER?.....	18
3.3. ENTENDENDO A DOENÇA DE ALZHEIMER.....	19
3.3.1. DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE ALZHEIMER.....	20
3.3.2. OS SINTOMAS DA DOENÇA DE ALZHEIMER.....	23
3.3.3. ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO.....	25
3.4. PESSOAS AFETADAS PELA DOENÇA DE ALZHEIMER.....	27
3.5. TRATANDO A DOENÇA DE ALZHEIMER.....	27
3.5.1. ORGANIZANDO A VIDA DO PACIENTE COM ALZHEIMER.....	27
3.6. OS MEDICAMENTOS.....	29
3.7. TIPO DE ASSISTÊNCIA.....	31
3.8. ESTATÍSTICAS DO MAL DE ALZHEIMER.....	32
4. CAPÍTULO III - GERONTOLOGIA EDUCACIONAL.....	33
4.1.HISTÓRICO DA GERONTOLOGIA.....	33
4.2.PARADIGMA DA “NOVA VELHICE”.....	34
4.3.GERONTOLOGIA EDUCACIONAL.....	35
4.4.APRENDIZAGEM CONTINUADA AO LONGO DA VIDA (<i>LIFE LONG- LEARNING MINDSET</i>).....	41
4.5.METODO DE PAULO FREIRE.....	43
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

RESUMO

Ao final do século XX, o Brasil deparou-se, com as estatísticas demonstrando o envelhecimento da população, e a projeção de que, ao final da primeira década do século XXI, esse contingente representará 10% da população total. Atento a esse dado, o presente trabalho apresenta a Doença de Mal de *Alzheimer*, como sendo uma das demências de maior repercussão mundial, relacionada à Terceira Idade. É uma doença, cuja degeneração de células nervosas, conduz o idoso a perda da memória. Sendo um caso de preocupação ao nível de Saúde Pública, o trabalho propõe como alternativa para a prevenção dessa doença: a inclusão do idoso na educação formal. Demonstra a atual situação do idoso quanto ao respaldo da legislação, em que o Estatuto do Idoso, sob a lei 10.741, aprovado em setembro de 2003, pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva, traz benefícios na área da saúde, lazer, educação, violência e abandono, trabalho, entre outros. A Gerontologia Educacional atua na perspectiva de uma educação transformadora e dialética, como uma educação que excite e liberte, permitindo ao idoso transcender o seu atual estereótipo, perante a sociedade, formulando um novo paradigma para a velhice. O idoso pode ocupar um lugar significativo na sociedade e participar plenamente da vida em sociedade, como um ser digno de respeito. Valorizar a sabedoria como um aspecto positivo do envelhecimento é uma atitude a ser adotada pelo próprio idoso e por toda a sociedade para alterar a imagem social da velhice.

Palavras-chave: Gerontologia Educacional; Terceira Idade; Mal de *Alzheimer*.

1. INTRODUÇÃO

“O tempo não é uma dimensão cronológica medido em dias, meses e anos, mas sim um horizonte de possibilidades do ser”.

(Joel Martins)

O Brasil começa a viver hoje um mundo de envelhecidos. Segundo Camarano (2002) a população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos é da ordem de 15 milhões de habitantes. O envelhecimento é cada vez, em nossos dias, uma preocupação geral e que demanda certa atenção por parte da saúde pública, visto que tem ocorrido considerável aumento da população idosa.

Segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no Brasil em 1992, eram 11,4 milhões de pessoas com mais de 60 anos. Em 1999, eram 14,5 milhões. Hoje 15 milhões de pessoas têm mais de 60 anos de idade. No ano de 2025 a projeção será de 32 milhões de idosos, de acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde).

A longevidade humana traz uma nova conscientização de que não adianta um corpo vigoroso sem um cérebro trabalhando. O aumento significativo da população idosa no mundo nos próximos anos acarretará a elevação de problemas de memória e riscos cerebrais, podendo se transformar em pesadelo para a saúde pública (Kachar 2001).

As novas descobertas modificam totalmente os conhecimentos sobre o homem e a necessidade de unir e não fracionar esses conhecimentos para proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas, garantindo-lhes não somente mais anos de vida, mas vida a esses anos, levando a uma revolução paradigmática (Aiken 1998, Kachar 2001).

As pessoas chegam a Terceira Idade com saúde e disposição que permitindo que se reflita sobre a nossa condição de pessoas "cronologicamente dotadas". Porém, existe uma doença, denominada mal de Alzheimer, que vem alertando a sociedade, pois é uma doença que compromete a memória.

Diagnosticado por Alois Alzheimer em 1906, o mal de Alzheimer é uma doença degenerativa que destrói as células do cérebro, lenta e progressivamente, afetando o funcionamento mental (pensamento, fala, memória, etc) Seu primeiro sintoma é, via de

regra, a perda da memória recente. Ainda não foi descoberta a cura para o mal de Alzheimer.

Entendendo que tal inquietação se relaciona ao descrédito com que a sociedade trata os idosos e não se podendo ficar alheio a este quadro, buscou-se através desse trabalho:

- Demonstrar que a educação formal e permanente, no tempo da velhice, pode ser um instrumento para a pessoa ter melhor qualidade de vida, bem como prevenir certas doenças como o mal de ALZHEIMER,
- Demonstrar a possibilidade de promover a cidadania do aluno idoso através da educação,
- Possibilitar ao idoso que compartilhem coletivamente no ambiente escolar suas angústias, sonhos, dúvidas, opiniões, propostas.

Em detrimento desses dados, pensa-se no preenchimento do tempo ocioso dessa população, com atividades que visem melhorar a qualidade cultural, intelectual e de vida. Através da continuidade da obtenção de conhecimentos os idosos poderão encaminhar e viver um novo paradigma de velhice – com ganhos, lutas, participação, autonomia; fortalecendo-os para a inserção na família e em grupos sociais.

O estudo amplia a visão de mundo, fazendo com que o idoso reavalie e redirecione suas atividades em benefício de si próprio. Oportunizando a categoria a expressar a sua alta capacidade intelectual e emocional, bem como a freqüentar um espaço onde se vive o que se aprende e se aprende o que se vive. Ver-se como um sujeito capaz de criar um movimento para ser conhecido como um novo agente social (Lima 2000).

Para um melhor entendimento desta pesquisa, foi dividi-lo em três capítulos, sendo que no primeiro definiu-se a inclusão social, como uma forma de demonstrar que a reintrodução do idoso, no contexto educacional, faz parte desse tema.

No segundo capítulo, aborda sobre a Doença de Alzheimer, histórico, causas, sintomas, diagnósticos, tratamento, alterações comportamentais, enfim dados relevantes que explicam o mal de Alzheimer, como sendo uma doença preocupante para a saúde pública. Através das fundamentações teóricas que o terceiro capítulo abordará sobre a Gerontologia Educacional como alternativa, para que idosos permaneçam com as atividades cognitivas inalteradas e preservem a memória.

2. CAPÍTULO I

A inclusão é uma visão, uma estrada a ser viajada, mas uma estrada sem fim, com todos os tipos de barreiras e obstáculos, alguns dos quais estão em nossas mentes e em nossos corações.

(Mittler, 2003)

2.1. INCLUSÃO SOCIAL

A questão da inclusão social, ou seja, o processo de tornar participantes do ambiente social total (a sociedade humana vista como um todo, incluindo todos os aspectos e dimensões da vida - o econômico, o cultural, o político, o religioso e todos os demais, além do ambiental) todos aqueles que se encontram, por razões de qualquer ordem, excluídos.

Exclusão social e inclusão social são conceitos dialéticos, polarizados, simétricos e constituem uma das grandes preocupações da sociedade atual. Como excluídos, podemos considerar todos os grupos de pessoas que não participam, em nossa sociedade capitalista, do consumo de bens materiais (produtos e mercadorias) e/ou serviços. Ou seja: aqueles que estão fora do processo produtivo (desempregados e sub-empregados), do acesso a bens culturais, saúde, educação, lazer e outros, todos componentes da cidadania. O conceito exclusão social veio substituir, no Brasil, a partir dos anos oitenta, conceitos menores e setoriais, como segregação, marginalização, discriminação, miséria, pobreza. Organizações governamentais, não-governamentais, internacionais voltadas para o desenvolvimento econômico e social (BID, Banco Mundial, ONU e suas subsidiárias - UNESCO, UNICEF, FAO e outras) tendo em vista o avanço da globalização e do neo-liberalismo, têm se preocupado o aumento significativo de populações marginalizadas, seja pelo sub-desenvolvimento, pelo desemprego ou, ainda, vítimas de preconceito e discriminação religiosa, étnica e cultural. Assim, a inclusão social se apresenta como um processo de atitudes afirmativas, públicas e privadas, no sentido de inserir, no contexto social mais amplo, todos aqueles grupos ou populações marginalizadas historicamente ou em consequência das radicais mudanças políticas, econômicas ou tecnológicas da atualidade. Uma das dimensões do processo de inclusão social é a inclusão escolar conjunto

de políticas públicas e particulares de levar a escolarização a todos os segmentos humanos da sociedade, com ênfase na infância e juventude. Nesse contexto, recebem atenção especial a integração de portadores de deficiências (físicas ou mentais) nas escolas regulares, o ensino voltado para a formação profissionalizante e a constituição da consciência cidadã.

No Brasil, a Constituição de 1988, assim como a LDB 9.394/96 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional) destacam a importância e urgência de promover-se a inclusão educacional como elemento formador da nacionalidade. Os sistemas educacionais federais, estaduais e municipais, assim como a rede privada de escolas tem envidado esforços no sentido de operacionalizar os dispositivos legais que exigem ou amparam iniciativas no caminho da inclusão escolar.

A legislação a respeito, recente e ainda pouco conhecida até pelo professorado, coloca a questão nos termos os mais amplos possíveis: a inclusão escolar é para todos aqueles que se encontram à margem do sistema educacional, independentemente de idade, gênero, etnia, condição econômica ou social, condição física ou mental.

A radicalidade com que a legislação contempla a inclusão escolar - principalmente quanto à população portadora de necessidades especiais, entre eles os deficientes físicos e mentais - tem suscitado questionamentos da sociedade e de grupos específicos - como os agentes educacionais, pais e mesmo das clientela-alvo - sobre a forma de operacionalizar a inclusão, mesmo sendo consenso geral a necessidade e o direito à inclusão.

No campo da educação, a inclusão envolve um processo de reforma e de reestruturação das escolas como um todo, com o objetivo de assegurar que todos os alunos possam ter acesso a todas as gamas de oportunidades educacionais e sociais oferecidas pela escola. Isto inclui currículo coerente, a avaliação, os registros e os relatórios de aquisições acadêmicas dos alunos, as decisões que estão sendo tomadas sobre o agrupamento dos alunos nas escolas e nas salas de aula, a pedagogia e as práticas de sala de aula, bem como as oportunidades de esporte, lazer e recreação (Mittler 2003).

Os questionamentos são de todo tipo técnicos, administrativos, institucionais - e a maior parte revelando dois aspectos fundamentais: a ignorância sobre as características das clientela a serem incluídas e o preconceito gerado a partir dessa ignorância. Qual é a clientela -alvo da educação inclusiva?- pobres - negros e pardos - crianças e idosos - mulheres- homossexuais- portadores de incapacidades e deficiências físicas e mentais. Ou

seja - a população desfavorecida economicamente ou alvo de estigmas sociais de toda ordem. Onde se encontra essa clientela-alvo? Geralmente, na periferia dos grandes centros urbanos e nas zonas rurais. Através de que instituição a educação inclusiva terá exequibilidade? Sem dúvida, a escola pública, tradicionalmente reconhecida como a escola dos excluídos. Os professores estão preparados para esse empreendimento? Não, e é necessário proceder à sua formação, começando com a informação e a conscientização dos mesmos. O que não se pode em termos de uma visão macro-social é preparar professores e só depois proceder a iniciativas de inclusão escolar. O professor, como agente de mudança, deve ter em mente, sempre, a responsabilidade social que o cargo lhe confere e participar decisivamente do esforço de inclusão - apesar dele mesmo, enquanto categoria profissional, não receber reconhecimento, no Brasil, de sua importância na formação educativa da população. A inclusão educacional é, certamente, o caminho definitivo para que deixemos de ser o país de maior riqueza (potencial) e, ao mesmo tempo, palco das maiores injustiças sociais da história da humanidade.

A inclusão Social, portanto, é um processo que contribui para a construção de um novo tipo de sociedade, através de transformações, pequenas e grandes e na mentalidade de todas as pessoas, portanto do próprio idoso, que necessita demonstrar que é um ser que ainda preserva seus sonhos e realizações. Realizações essas que poderão ser concretizada através da Educação Permanente e diferenciada para o idoso.

2.2. INCLUSÃO SOCIAL DO IDOSO

A questão do envelhecimento, ou se preferirmos o eufemismo da chamada terceira idade, se torna um tema cada vez mais presente além da condição do fenômeno demográfico. SINGER (2002) lembra que “tudo em geriatria está marcado pelo eufemismo. Ninguém sabe de onde vem a expressão *terceira idade*”. Os americanos falam em quarta idade a partir dos 80/85 anos, enquanto europeus dizem que ela se inicia entre os 75 e 80 anos. De qualquer modo, o rótulo não resolve a questão da imprecisão na categoria dos idosos que, indo de 60 até o final da vida, pode corresponder a uns 30 anos, que é um longo período. Médicos, psicólogos, economistas, assistentes sociais, jornalistas e é claro os idosos escrevem a respeito, sem grande interesse na fixação e precisão conceitual.

Segundo Preti (1991) o Brasil deixa, aos poucos, de ser um país de jovens. Pode-se afirmar que os velhos constituem, mais do que uma simples faixa etária, uma verdadeira categoria social. da população, profundamente estigmatizada, por oposição à categoria dos jovens.. Tudo contribui para que se destrua no idoso a expectativa de inclusão social, no sentido de que a sociedade reserve para ele, dentro de parâmetros reais, um papel adequado, única forma para que esta deixe de exigir-lhe um comportamento decalcado nos mais jovens, inclusive na linguagem .

Há sempre uma obviedade a respeito do aumento da população de idosos com a consideração de que mercê do progresso da medicina ou das melhores condições de vida, o homem vem se tornando longévolo. Kofi Annan, secretário geral da ONU, na Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em abril de 2002, disse em seu discurso de abertura que nos próximos 50 anos a população mundial com mais de 60 anos quadruplicará. Vale dizer que atingiremos a 2 bilhões de idosos e assim ultrapassará a parcela de menores de 15 anos. Já observamos um transtorno na pirâmide demográfica quando nascendo menos crianças e conseqüentemente diminuindo a força de trabalho, a sociedade corre o risco de não suportar o incremento de dependentes aposentados. Os sistemas de saúde, pensões e seguros sociais enfrentarão crise sem precedente pela redução da população economicamente ativa. Entre nós fala-se também de uma sociedade despreparada para receber tantos idosos, que devem ser recolhidos para não incomodar. Também é sabido que o aumento da taxa de sobrevivência humana nada tem a ver com a qualidade de vida dos sobreviventes. A medicina garante a vida, mas pouco pode fazer pelos portadores de Parkinson, Escleroses, Alzheimer, os diabéticos e os doentes renais que são cada vez em maior número com o aumento da idade média da população. Fala-se menos das condições mentais do idoso quer pela transformação de vida, fixação de objetivos e impossibilidade frente aos próprios desejos, quer pela condição de sanidade, conseqüência das doenças mencionadas e de outras causas de origem biológicas, ou da exclusão do idoso como grupo minoritário da sociedade e incômodo nas famílias.

Tais reflexões são inevitáveis e pessimistas, e frente a elas se levanta a idéia de uma mobilização do idoso astral, contente, que escapando à dependência submissão consegue uma maneira mais digna de terminar os seus dias. As respostas possíveis devem sair das considerações gerais e as especialidades que precisam se aprofundar na questão do envelhecimento para tentar ampliar a possibilidade de atendimento mais adequado.

Os idosos tornaram-se um fardo social, sendo rejeitados sob inúmeros aspectos. São discriminados no mercado de trabalho, de modo a serem tratados como incapazes e inúteis; não recebem assistência médico-hospitalar necessária, muito menos auxílio psicológico para enfrentar a opressão e solidão que o envelhecimento causa. Até mesmo suas famílias não lhes oferecem auxílio e sequer atenção.

Apesar de conquistas, como o Estatuto do Idoso, no qual consta que nenhum idoso pode ser alvo de violência, opressão, crueldade ou qualquer forma de preconceito, ainda não se pode considerá-las vigentes, uma vez que tais cláusulas não são infelizmente cumpridas. É preciso que se dê maior atenção a esse problema nacional, de modo a garantir às pessoas idosas, proteção e auxílio, através de políticas sociais efetivas que possam assegurar a dignidade destas e que as tornem visíveis, já que, até então, parecem ser invisíveis.

Ao se perguntar a uma pessoa jovem como ela será ao envelhecer, provavelmente responderá que sequer imaginava esta cena. Assim que se deduzirem a auto-imagem, ou farão uma expressão de desgosto, mas referindo-se à questão estética. Contudo, no subconsciente, sabe-se que essa rejeição de envelhecimento está mais relacionado à exclusão social que isso pode proporcionar às pessoas, quando o tempo passar.

A solidão tem sido um dos fardos mais notórios de envelhecimento, seguido pela discriminação social e problemas naturais de saúde. Este último pode ser solucionado basicamente com a assistência médico-hospitalar que, segundo as leis, deveria estar ao alcance de todos os idosos do país, o que não se tem visto no Brasil, historicamente. Já os dois principais, tratam-se de problemas culturais que foram reforçadas pelo comportamento jovem. As conseqüências são claramente testemunhadas ao se atravessar sob um viaduto ou caminhar por uma praça pública de regiões urbanizadas. São vítimas da falta do comprometimento da própria sociedade e do Estado: os mendigos, geralmente idosos, largados à própria sorte e abandonados como um estorvo. Sem identidade, vagam pelas ruas mergulhados na ignorância e pela carência, sobrevivendo à base de doações e pedaços de papelão para evitar o resfriamento noturno das ruas.

Constata-se, definitivamente, que a situação deplorável dos idosos é fruto da pobre cultura brasileira e da má administração, seja de capital ou de medidas de difícil aplicação. O surgimento de abandonados da terceira idade teve continuidade graças à desarmonia

característica da sociedade humana, e todos os resultados obtidos atualmente apontam que o quadro não mudará, a não ser que uma nova postura seja adotada pela próxima geração.

Essa categoria social vive, infelizmente, assombrada pelos maus tratos, abandono, falta de moradia, saúde, fatores estes, interligados à atenção que lhe é negada.

Embora os dados do IBGE indiquem que essa população esteja aumentando - ou melhor, dobrando a cada duas décadas - nada mudou a realidade desses indivíduos que estão sendo vistos como verdadeiros estorvos e a "voz da experiência" está com os dias contados: o mundo contemporâneo adquire novos valores.

Enquanto isso, a sociedade se cala, nem os percebe e o pior, não se incomoda com as dificuldades que o idoso enfrenta. São horas na fila do INSS, a aposentadoria lhe é garantida enquanto não há greves e o seu bem-estar com a velhice tranqüila não passa de verdadeira utopia, num país em que o respeito foi extinto.

No entanto, é preciso reconhecer que as leis são boas, mas precisam ser cumpridas. O resgate de velhos conceitos como "ouvir mais os velhos" também é necessário para que se garanta um respeito maior para com o idoso. Estabelecer laços familiares é essencial, porque cada indivíduo tem o seu valor (que deve ser reconhecido). E o mais importante: enxergar que a velhice é apenas mais uma etapa da vida, talvez a mais significativa: auto-avaliação de si próprio e transmissão de bons conceitos. Portanto, preservar os direitos do idoso é dever de todos. é imprescindível vê-los como cidadãos.

O envelhecimento acelerado que estamos constatando é decorrência da queda brusca da fertilidade e do aumento da longevidade humana. A redução da taxa de mortalidade infantil, as novas tecnologias, o avanço da medicina e a melhoria da qualidade de vida contribuíram, entre outros fatores, para aumentar a expectativa de vida do brasileiro.

Essa mudança na estrutura demográfica da sociedade precisa ser acompanhada por mudanças de atitudes, mentalidades e da organização de toda a sociedade para enfrentar os novos desafios gerados pela também nova demanda.

Infelizmente, para envelhecer numa sociedade que tem como modelo a juventude, é necessário enfrentar o preconceito e valores estigmatizados que evidenciam mais os aspectos negativos dessa etapa da vida.

Envelhecer é um processo natural que envolve perdas, mas também importantes aquisições. O conhecimento e a experiência acumulada ao longo do tempo traz para a

peessoa idosa a capacidade para enfrentar situações do cotidiano com equilíbrio e ponderação.

Valorizar a sabedoria como um aspecto positivo do envelhecimento é uma atitude a ser adotada pelo próprio idoso e por toda a sociedade para alterar a imagem social da velhice.

O convívio em grupos de idosos ou terceira idade é um espaço importante para desencadear, tanto na pessoa idosa quanto na comunidade, a mudança de mentalidade que leve à inserção e ao fortalecimento do papel social do idoso.

A criação de programas e projetos que estimulem a participação do idoso em diferentes atividades, é tarefa do poder público que deve destinar recursos que atendam as necessidades e garantam a melhoria na sua qualidade de vida.

A Política Nacional do Idoso, criada pela lei nº 8842 de 04/01/96 e regulamentada pelo decreto nº 1948 de 03/07/96, está voltada para assegurar os direitos sociais do idoso e as condições para a promoção de sua autonomia, integração e participação na sociedade. O papel da assistência social nesta Política é a de efetivar ações de proteção e inclusão social.

No entanto, os direitos conquistados em lei pela população brasileira em geral, e pelos idosos em particular, não garantiram a implementação de políticas e ações que respondam às reais necessidades de proteção social. Os serviços de atenção à população idosa na cidade de São Paulo são insuficientes frente à grande demanda, especialmente para os mais pobres que utilizam e dependem totalmente dos recursos da rede pública.

É grande a queixa dos idosos sobre a falta de educação e de como são tratados, por exemplo, nos transportes coletivos por inúmeros motoristas e cobradores, demonstrando o desrespeito e a falta de preparo da população em geral para o convívio com os mais velhos.

O crescimento do número de velhos trouxe mais visibilidade ao segmento, mas a sociedade precisa reformular sua concepção de velhice. É necessário que se lance um novo olhar para o idoso e tratá-los com mais respeito e dignidade.

Beauvoir (1990), no livro "A Velhice", diz:

“...para reencontrar uma visão de nós mesmos, somos obrigados a passar pelo outro: como esse outro me vê? Pergunto-o ao meu espelho. A resposta é incerta: as pessoas nos vêem, cada uma à sua maneira e nossa própria percepção, certamente não coincide com nenhuma das outras”.

Não será uma tarefa fácil. Como garantir a inclusão social de uma pessoa idosa? Essa é uma questão estratégica no desenvolvimento humano de um país como o Brasil, que, felizmente, está levantando a bandeira da responsabilidade social para construir uma nação mais digna e justa para todos, sem a cruel discriminação de idade.

A inclusão social do idoso passa, primeiro, pelo respeito à sua trajetória de vida, a tantas experiências acumuladas que, na maioria das vezes, é sinônimo de sabedoria. Sua inclusão na sociedade segue com medidas de proteção às limitações impostas pela idade e encontra a sua plenitude em atividades que garantam o divertimento e o prazer de viver, cuidados diários e carinho.

É sempre uma lição de vida ver uma pessoa idosa envelhecer com dignidade. Esse período da vida pode ser riquíssimo para resgatar projetos que não puderam ser colocados em prática por causa da urgência do cotidiano. Ganhamos muito com a idade e isso precisa ser dito, explicitado, para estimular e garantir a inserção social dos nossos idosos.

Envelhecer é galgar um novo estágio da existência humana, em que muito pode ser feito, tanto no plano pessoal quanto profissional.

Envelhecer é, antes de tudo, sinal de respeito, de visão humanista, de reconhecimento dos próprios erros, de rompimento de barreiras. É não parar, não aposentar da vida, não deixar adormecer aquilo que temos de mais nobre: o pensar, o sentir, o agir. Viver é investir na alegria, no prazer, na satisfação e, no fim, colher paz, serenidade e sabedoria. O tempo de vida não é o mais importante. Necessário é resgatar a dignidade, a qualidade de vida e o respeito ao nosso futuro, pois, inevitavelmente, haveremos de envelhecer

O idoso de hoje, diante do mundo urbano, industrializado, informatizado, evocando seu passado através da memória, vivenciando experiências de inúmeras transformações nos mais diversos campos da vida. O envelhecimento e a velhice, em especial, tratados por meio de representações sociais dos próprios idosos, de seus familiares, de cuidadores, de profissionais de saúde, da população em geral. Identidade, sentido existencial, personalidade, auto-imagem, auto-estima. Estes parecem se constituir em pontos de reflexão marcantes. Como aspectos mais específicos, aparece de forma recorrente, a perspectiva feminina do envelhecer, com destaque para a corporalidade, a menopausa, a sexualidade (também masculina), a solidão; o uso de medicamentos e alguns agravos à saúde como quedas. As relações, entre a vida do trabalho e a aposentadoria, os direitos

sociais e as políticas sociais relativos aos aposentados, sua situação previdenciária e de saúde. Este parece ser um outro grupo de temas, conformando número relevante de trabalhos. Programas para a terceira idade, grupos de convivência, educação permanente, turismo e discussões sobre envelhecimento bem sucedido também surgem como questões privilegiadas. A institucionalização – asilar/hospitalar - traz à tona e busca aprofundar debates acerca das condições de vida e da assistência à saúde características desses ambientes, articulando essas questões aos significados e imagens que impregnam a existência dos idosos que passam por tal experiência. A percepção do tempo, a finitude, a morte são objetos centrais de alguns trabalhos e, assim como para outros temas, permeiam várias discussões. A epidemiologia desempenha papel de destaque, discutindo e gerando informações através de pesquisas sobre aspectos demográficos, de condições de vida e de morbi-mortalidade dos idosos brasileiros ou de grupos populacionais específicos. Estudos multidimensionais correspondem à metodologia privilegiada nesse campo da produção do conhecimento. Aspectos referentes à saúde mental, ao estado nutricional, às doenças crônicas e degenerativas, à dependência e perda de autonomia estão notadamente presentes nesses trabalhos. Atividades físicas e terapia ocupacional são áreas também discutidas no âmbito do envelhecimento.

Os idosos e o processo de envelhecimento parecem suscitar questões para a formação e o exercício profissional de enfermeiros, psicólogos, educadores, assistentes sociais, entre outros. Em alguns estudos, tais questionamentos apontam para os conteúdos e balizamentos das disciplinas propriamente ditas.

Alguns pontos aqui foram inicialmente identificados como importantes para uma futura análise desta produção. Não podemos deixar de registrar o caráter de interpenetração de disciplinas neste campo de pesquisa. Os objetos/temas trabalhados indicam um movimento que possibilita a presença simultânea de diferentes olhares, de perspectivas distintas, que se encontram e se afastam, ora em questões de caráter mais específico, ora nas mais abrangentes.

Aprofundar o conhecimento acerca da produção em tela, buscando compreender suas implicações sobre a vida dos idosos e de todos: esta a tarefa que se nos impõe. Tentar dar conta desta empreitada: este parece ser o nosso caminho.

2.3. ESTATUTO DO IDOSO

As políticas sociais voltadas para o idoso têm obtido destaque e irrelevantes conquistas na atual conjuntura social brasileira. Graças a medidas tomadas pelo Presidente da República, Luis Inácio Lula da Silva, foi possível tornar realidade o Estatuto do Idoso. Foram sete anos de luta, até que, em 23 de Setembro de 2003, o Senado Federal aprovou o Projeto Lei 3561/97. Segundo o Presidente Lula, o Estatuto do Idoso modifica o "rosto e a alma do Brasil". O texto regulamenta os direitos dos idosos, determina obrigações das entidades assistenciais e estabelece penalidades para uma série de situações de desrespeito aos idosos.

Seus 118 artigos formam um conjunto de garantias legais que a sociedade devia a seus idosos.

Com o Estatuto do Idoso, algumas conquistas foram obtidas, tais como, a definição da idade mínima de 60 anos para efeito dos diversos benefícios; o reajuste dos benefícios na mesma data do reajuste do salário mínimo; a diminuição da idade e condições para se requerer o benefício da prestação continuada, estipulado pela Lei Orgânica da Assistência Social; a proibição do reajuste dos planos de saúde, o que era um abuso e desrespeito com o cidadão.

Essas pessoas também passam a ter prioridade no julgamento de ações judiciais e no atendimento médico pelo Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive o fornecimento obrigatório de vacina, distribuição de próteses e de medicamentos de uso continuado. Além disso, o Estatuto traz a vantagem da abrangência nacional e da uniformidade de tratamento. Um dos avanços é a conquista da reserva de 3% das unidades de cada programa habitacional para o idoso. Outra conquista é a punição para diversos tipos de violência das quais as pessoas idosas são vítimas, praticadas por familiares, cuidadores, clínicas. O Estatuto obriga, ainda, os profissionais de saúde a notificarem aos órgãos competentes casos de maus-tratos. Qualquer pessoa que abandone um idoso pode ser condenada a até três anos de prisão. Era urgente disciplinar obrigação das famílias e das entidades de assistência para com as pessoas idosas, com penalidades civis e administrativas.

O mundo está mudando e, felizmente, novas mentalidades estão surgindo. A longevidade é um fato consumado, garantido pelos avanços da medicina e pelas pesquisas

genéticas. O Estatuto do Idoso chega num momento em que as taxas de natalidade estão diminuindo e a população da terceira idade só tende a crescer.

Segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira de idosos em 2025 passará do dobro da atual e com isso o Brasil ocupará o 6º lugar no mundo com 15% da população sendo de idosos. Em Mato Grosso do Sul, a população idosa cresce em grande escala. Atualmente, temos 158.093 pessoas idosas (IBGE/2000). É importante ressaltar que o Governo Popular vem desenvolvendo uma nova forma de gestão pública, incluindo na agenda governamental os desafios que os idosos, as famílias e a sociedade vão enfrentar face ao aumento da expectativa de vida e a necessidade de garantir um envelhecimento com qualidade. Para tanto, sancionou a Lei nº 2.073, de 7 de janeiro de 2000, que dispõe sobre a Política Estadual do Idoso, que representa um novo marco, reconhecendo a importância desse segmento populacional, ao mesmo tempo que define princípios e diretrizes que asseguram os direitos sociais do idoso e cria condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Com base no princípio da descentralização, preconizado na Constituição Federal/1988, o Governo do Estado apóia as ações provenientes das bases municipais, que elegem suas prioridades, tendo como *locus* de coordenação da Política Estadual do Idoso, a Secretaria de Estado de Trabalho, Assistência Social e Economia Solidária, que exerce o papel indutor e articulador das ações conjugadas das diversas Políticas Públicas (assistência social, cidadania, saúde, trabalho, esporte, lazer e outras), na oferta de bens e serviços à pessoa idosa, visando assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação ativa na sociedade.

Não é por acaso que a assistência social é convocada a coordenar a Política do Idoso. É a assistência social que assegura o benefício de prestação continuada e oferece serviços, como o atendimento nas modalidades asilar, conviver e casa lar, considerando suas demandas prioritárias na perspectiva dos direitos sociais, e ainda tem vinculado à sua estrutura o Conselho Estadual do Idoso, instrumento de fundamental relevância para o controle social. Cabe ressaltar, que uma das marcas do Governo Popular de MS é a inclusão social, pois é sabido que não há como conciliar a democracia com as injustiças sociais e com as violações reiteradas aos direitos humanos. É essencial que Governo e sociedade trilhem juntos uma caminhada na efetivação dos direitos da pessoa idosa.

O Estatuto do Idoso divide opiniões. Para alguns, ele não sairá do papel. Para outros, é preciso dar um voto de confiança. Enfim, a nova Lei é um avanço em termos democráticos, representa o primeiro passo de uma caminhada que é longa e implica em mudança de comportamento de toda a sociedade. Ao contrário das sociedades orientais, nas quais a pessoa idosa é respeitada e, não raro, venerada, por sua experiência e conhecimento, no Brasil é comum que seja tratada com indiferença, quando não com ironia e humilhação. Trata-se, portanto, de uma questão cultural, e toda transformação depende de vontade política e de apoio da sociedade. Envelhecendo com dignidade.

Cerca de 16 milhões de idosos (número divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE), no censo de 2000, podem usufruir do estatuto. Apesar de sete anos de tramitação no Congresso, o Estatuto do Idoso foi aprovado apenas em setembro de 2003 pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva e traz benefícios na área da saúde, lazer, educação, transportes coletivos, violência e abandono, trabalho, habitação entre outros. Na saúde, o idoso tem atendimento preferencial no Sistema Único de Saúde (SUS); distribuição gratuita de remédios, principalmente os de uso continuado (como casos de hipertensão, diabetes e outros) e próteses; direito a acompanhante nos casos de internação com tempo determinado pelo médico.

Já no transporte coletivo, maiores de 65 anos têm gratuidade, enquanto os que estão entre 60 e 65 anos ficam a critério da legislação local decidir pela gratuidade. No transporte coletivo interestadual, devem ser reservadas duas vagas gratuitas para idosos que ganham até dois salários mínimos e descontos de 50% nos outros assentos que excederam essa reserva para idosos nessas condições. Além disso, o estatuto mudou a data-base do reajuste dos aposentados e pensionistas com benefícios pagos pela Previdência Social para o dia do Trabalho, o primeiro de maio. Em programas habitacionais do governo, 3% das unidades devem ser voltadas para idosos. O idoso também tem desconto de 50% em atividades culturais, esportivas e de lazer.

população", finaliza Pérola.

Quanto as causas de Educação, Cultura, Esporte e Lazer, no Estatuto do Idoso, Título II, consta:

CAPÍTULO V

Da Educação, Cultura, Esporte e Lazer

Art. 20. O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade.

Art. 21. O Poder Público criará oportunidades de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados.

§ 1º Os cursos especiais para idosos incluirão conteúdo relativo às técnicas de comunicação, computação e demais avanços tecnológicos, para sua integração à vida moderna.

§ 2º Os idosos participarão das comemorações de caráter cívico ou cultural, para transmissão de conhecimentos e vivências às demais gerações, no sentido da preservação da memória e da identidade culturais.

Art. 22. Nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal serão inseridos conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso, de forma a eliminar o preconceito e a produzir conhecimentos sobre a matéria.

Art. 23. A participação dos idosos em atividades culturais e de lazer será proporcionada mediante descontos de pelo menos 50% (cinquenta por cento) nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, bem como o acesso preferencial aos respectivos locais.

Art. 24. Os meios de comunicação manterão espaços ou horários especiais voltados aos idosos, com finalidade informativa, educativa, artística e cultural, e ao público sobre o processo de envelhecimento.

Art. 25. O Poder Público apoiará a criação de universidade aberta para as pessoas idosas e incentivará a publicação de livros e periódicos, de conteúdo e padrão editorial adequados ao idoso, que facilitem a leitura, considerada a natural redução da capacidade visual.

Verificando que a categoria do idoso tem o devido respaldo da legislação, para conseguir realizar questões dessa ordem.

A parcela da população idosa ficou sempre de lado, marginalizada. Geralmente, os programas educativos são voltados para jovens e o estatuto prevê que as coisas estão engatinhando para a terceira idade. Esse primeiro ano de estatuto teve um reflexo positivo por impulsionar alguns órgãos a respeitar a legislação. Mas ainda encontramos bula de remédio com letras muito pequenas e vagas de estacionamento reservadas para idosos ocupadas por pessoas jovens.

"Não adianta falar que o idoso tem direito a todas àquelas conquistas históricas gravadas na constituição e são chamadas de leis fundamentais da vida (propriedade, saúde, educação), se as instituições não funcionam para a estimular seus direitos. Com isso, o estatuto fica distante da realidade. A não implementação das modalidades de atendimento e das instituições dentro do sistema jurídico são problemas muito graves e necessários para proteção do idoso".

Para a advogada Pérola Melissa Vianna Braga, criadora do *site* Direito do Idoso e autora do livro Direitos do Idoso de acordo com o Estatuto do Idoso, o estatuto é reconhecimento de que a nossa sociedade envelheceu. "O maior benefício do estatuto é demonstrar que o idoso continua sendo cidadão, uma parte significativa e atuante da sociedade".

De acordo com a advogada, as principais reclamações dos idosos são referentes à saúde e transporte. No entanto, a mais denunciada por terceiros são maus tratos contra a pessoa de terceira idade, que muitas vezes vive com seus familiares numa relação de dependência funcional, ou seja, depende do parente para cozinhar, tomar banho, caminhar entre outros.

Na pesquisa dos Indicadores Municipais analisados pelo IBGE, no censo de 2000, o estudo apresenta que 27% da população idosa contribui com mais de 90% dos rendimentos familiares. Assim, nota-se uma relação de dependência econômica do familiar com o idoso, em troca da aposentadoria. Nas grandes cidades, com mais de 500 mil habitantes, cerca de 17,7% das pessoas da terceira idade auxilia no rendimento.

"Você tem uma família de desempregados que o único rendimento é a aposentadoria. O idoso depende funcionalmente do parente, enquanto o outro depende financeiramente. Muitas vezes, esse idoso é maltratado pela própria família e não acaba denunciando seus agressores por medo. Se o idoso pagasse com sua aposentadoria um acompanhante, teria um atendimento de qualidade", conta Pérola.

O site Direito do Idoso traz informações jurídicas, telefones de serviços para idosos, artigos, entrevistas, dicas de lazer, cultura e benefícios para terceira idade em São Paulo. Segundo Pérola, o site tem aproximadamente nove mil acessos por mês, sendo que metade é denúncia de maus tratos.

Pérola consultou a assessoria de comunicação do disque-denúncia e comprovou que no primeiro semestre de 2004, houve 1.743 ligações denunciando crimes contra idosos e até novembro do mesmo ano, o número foi para 2.197.

O estatuto prevê no artigo 2º da lei 10.741 a manutenção das condições de liberdade e dignidade. Com isso, a sociedade tem a obrigação de denunciar qualquer ato de violência, procurando qualquer Delegacia de Polícia ou promotor de justiça da cidade correspondente. Além disso, há o disque-denúncia, Delegacia de Proteção do Idoso, SOS Idoso e Conselhos Municipais e Estaduais do Idoso.

3. CAPÍTULO II

DOENÇA DE ALZHEIMER

3.1. HISTÓRICO

No dia 14 de junho de 1864, nasceu Alois Alzheimer, na cidade alemã de Marktbreit, filho de Eduard Alzheimer e sua segunda esposa Theresia. Alois estudou medicina em Berlin, apresentando, em 1887, sua tese doutoral sobre “As Glândulas Ceruminais”. Foi nomeado como médico residente no Sanatório Municipal para Dementes e Epilépticos, na cidade de Frankfurt, em dezembro de 1888, sendo logo promovido a médico senior. Casou-se em 1894 com C. S. Nathalie Geisenheimer, que lhe deu três filhos. A esposa veio a falecer em 1901.

A origem do termo “Mal de Alzheimer” deu-se em 1901, quando Dr. Alzheimer iniciou o acompanhamento do caso da Sra. August D., admitida em seu hospital. Em novembro de 1906, durante o 37º Congresso do Sudoeste da Alemanha de Psiquiatria, na cidade de Tübingen, Dr. Alois Alzheimer faz sua conferência, com o título “SOBRE UMA ENFERMIDADE ESPECÍFICA DO CÓRTEX CEREBRAL”. Relata o caso de sua paciente, August D., e o define como uma patologia neurológica, não reconhecida, que cursa com demência, destacando os sintomas de déficit de memória, de alterações de comportamento e de incapacidade para as atividades rotineiras. Relatou também, mais tarde, os achados de anatomia patológica desta enfermidade, que seriam as placas senis e os novos neurofibrilares. Dr. Emil Kraepelin, na edição de 1910 de seu “Manual de Psiquiatria”, descreveu os achados de Dr. Alzheimer, cunhando esta patologia com seu nome, sem saber da importância que esta doença teria no futuro.

Dr. Alois foi acometido de uma grave infecção cardíaca (endocardite bacteriana) em 1913. Seguiu enfermo por dois anos, quando no dia 19 de dezembro de 1915 veio a falecer de insuficiência cardíaca e falência renal, na cidade de Breslau, Alemanha.

No início, o paciente com Doença de Alzheimer mostra apenas uma leve perda de memória, a qual chega a atrapalhar o pensamento em geral. Ao paciente parece difícil resolver alguma conta ou fazer raciocínios simples, depois pode surgir uma fase com

desorientação, dificuldade para tomar decisões ou mesmo para conversar. Daí para frente os sintomas se agravam.

Apesar de tratar-se de uma doença predominantemente senil, essa questão deve preocupar também o público de qualquer idade porque, num futuro próximo, esses números passarão a fazer parte das perspectivas de vida daqueles que hoje são ainda jovens.

Até hoje, a Doença de Alzheimer continua sendo uma síndrome de causa desconhecida e incurável. Mas, nos últimos anos as perspectivas em relação à Doença de Alzheimer têm sido abordadas com um certo otimismo realista, tendo em vista as possibilidades da ciência retardar os sintomas da enfermidade. A medicina está começando a detectar os sinais da doença décadas antes dela surgir. Estamos muito próximos de começar ensaios clínicos dirigidos a evitar que se produzam as primeiras lesões cerebrais da doença, as quais têm início em torno dos 40 anos.

Além disso, as pesquisas genéticas parecem deixar claro que, se a pessoa possui alguns genes defeituosos, poderá ter a Doença de Alzheimer no futuro. Com modernas técnicas de pesquisa genética já se vislumbra a possibilidade de saber se a pessoa vai ou não Ter, desde os 20 anos de idade, a Doença de Alzheimer na senilidade.

A doença de Alzheimer é uma doença do cérebro que afeta inicialmente a memória, o raciocínio e a comunicação das pessoas. Esta doença é a causa mais comum de demência, um termo geral para prejuízo progressivo da função mental. A demência era, antigamente, conhecida como "senilidade" e considerada um sinal normal e inexorável do envelhecimento. Hoje sabemos que Alzheimer e outras formas de demência não fazem parte de um envelhecimento normal (senescência).

3.2. COMO FICA O CÉREBRO NA DOENÇA DE ALZHEIMER?

Áreas diferentes do cérebro controlam funções diferentes e certas áreas controlam tarefas tais como andar, por exemplo, enquanto outras áreas controlam a capacidade de falar, controlam a memória, a concentração e assim por diante.

Na doença de Alzheimer as células de certas áreas do cérebro começam a morrer, formando cicatrizes em forma de estruturas microscópicas chamadas Placas Senis. Na medida em que as células morrem e são formadas as Placas Senis, o cérebro não consegue

mais funcionar como deveria. E as áreas do cérebro afetadas por estas mudanças degenerativas são aquelas que controlam as funções da memória, concentração e raciocínio. Outras funções cerebrais, como por exemplo os movimentos, não costumam ser afetadas até que a doença esteja bem adiantada.

3.3. ENTENDENDO A DOENÇA DE ALZHEIMER

A melhor maneira de ajudar a pessoa com Doença de Alzheimer é aprender tudo o que puder sobre a doença. A doença de Alzheimer provoca mudanças nas áreas cerebrais que controlam a memória e o raciocínio. É por este motivo que as pessoas portadoras da doença de Alzheimer tem dificuldade para viver uma vida normal. As causas do desenvolvimento da doença ainda não são totalmente conhecidas pela medicina. Algumas pesquisas enfatizam um componente hereditário, outros falam de alguma virose, enfim, não se sabe ainda ao certo qual seria a causa dessa doença.

É importante saber que, atualmente, ela ainda não tem cura, mas cuidados apropriados podem ajudar a pessoa com Alzheimer viver com mais conforto.

Existem várias teorias que procuram explicar a causa da doença de Alzheimer, mas nenhuma delas está provada. Destacam-se:

- 1- IDADE: quanto mais avançada a idade, maior a porcentagem de idosos com demência. Aos 65 anos, a cifra é de 2-3% dos idosos, chegando à 40%, quando se chega acima de 85-90 anos!
- 2- IDADE MATERNA: filhos que nasceram de mães com mais de 40 anos, podem ter mais tendência à problemas demenciais na terceira idade.
- 3- HERANÇA GENÉTICA: já se aceita, mais concretamente, que seja uma doença geneticamente determinada, não necessariamente hereditária (transmissão entre familiares).
- 4- TRAUMATISMO CRANIANO: nota-se que idosos que sofreram traumatismos cranianos mais sérios, podem futuramente desenvolver demência. Não está provado.
- 5- ESCOLARIDADE: talvez, uma das razões do grande crescimento das demências, nos países mais pobres. O nível de escolaridade pode influir na tendência a ter Alzheimer.
- 6- TEORIA TÓXICA: principalmente pela contaminação pelo alumínio. Nada provado.

3.3.1. DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Quando existem problemas de demência, após eliminar a possibilidade de outras doenças que causam os mesmos sintomas, incluindo problemas da tireóide, derrame (acidente vascular cerebral) e depressão, podemos suspeitar da doença de Alzheimer. A avaliação da doença de Alzheimer normalmente inclui testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).

Para o diagnóstico da Doença de Alzheimer não se exige apenas a presença de um prejuízo da memória, como vimos, mas, sobretudo, também de um prejuízo na linguagem, na capacidade cognitiva, laborativa e social. O que torna difícil o diagnóstico baseado no quadro clínico é que esses sintomas não são exclusivos da Doença de Alzheimer; eles podem estar presentes também em outros quadros de demência, como por exemplo na Doença de Parkinson ou, notadamente, naqueles quadros de origem circulatória, representados pela arteriosclerose cerebral e mesmo nas seqüelas de acidentes vasculares cerebrais (AVC), nos hematomas subdurais e nas hidrocefalias de pressão normal.

As dificuldades para o diagnóstico, quando este é baseado apenas no quadro clínico e que, como vimos, não é exclusivo dessa doença, resultam numa confirmação da Doença de Alzheimer apenas por necropsia na maioria dos casos (85 a 90% dos casos). A característica anátomo-patológica de Alzheimer no material da necropsia diz respeito à presença de cicatrizes neurofibrilares dentro de neurônios, bem como de placas neuríticas de proteína amilóide no espaço extracelular.

Além do método em avaliar-se o quadro clínico e do método do exame anátomo-patológico para o diagnóstico da Doença de Alzheimer, restariam as provas genéticas e a neuroimagem cerebral. As provas genéticas estudam a possibilidade do gene defeituoso Apo-E, mas ainda não estão totalmente disponíveis e nem solidamente estabelecidas. Já, em relação à neuroimagem da Doença de Alzheimer, obtida pelo SPECT e pelo PET, algumas alterações típicas da doença estão relativamente bem estabelecidas, como por exemplo uma acentuada redução do lobo temporal médio e do hipocampo que pode ser bem avaliadas até por meio da Ressonância Magnética Nuclear.

Quanto à neuroimagem funcional, há um padrão de baixo funcionamento (hipometabolismo) na região temporoparietal característico dessa doença. Portanto,

atualmente, o PET ou SPECT são os exames mais confiáveis para embasar uma suspeita clínica da doença.

À Tomografia Computadorizada as características de imagem dessa doença consistem num aumento do volume dos ventrículos laterais, terceiro ventrículo com tamanho de até 2 vezes o tamanho normal, associado ao alargamento dos sulcos corticais. Mas essas alterações também não são exclusivas da Doença de Alzheimer, podendo ser encontradas em outros estados demenciais ou mesmo no envelhecimento normal.

Há inúmeras descrições de alargamento significativo da fissura hipocampal nos pacientes com Doença de Alzheimer, correlacionando os achados de neuroimagem aos aspectos de perda da massa neuronal nas regiões têmporo-hipocampais, que são as principais estruturas responsáveis para os processos de memória. Os trabalhos de George et al. (1990), conseguiram distinguir corretamente 80% dos pacientes com Doença de Alzheimer baseado na atrofia da região hipocampal e identificaram mais de 95% de indivíduos normais onde a ausência de atrofia temporal praticamente afastou o diagnóstico de Doença de Alzheimer. (Veja Neuro-Imagem na Doença de Alzheimer)

Desde o início do século é sabido que a Doença de Alzheimer está ligada a duas categorias de lesões cerebrais: Uma delas, são grandes placas (Placas Senis) de uma proteína chamada beta-amilóide intracelulares, que tem efeitos tóxicos sobre os neurônios. Outra categoria de danos, são os microtúbulos, verdadeiros nós em estrutura essenciais dos neurônios. Estes ficam retorcidos e emaranhados, prejudicando seu funcionamento.

Durante muito tempo isso era tudo o que se sabia sobre o assunto, e ninguém podia dizer que entendia realmente o que estava acontecendo. Por que o cérebro se enchia dessas placas tóxicas e de neurônios deficientes? Acredita-se, até agora, que a causa da Doença de Alzheimer seja devida a uma complexa combinação de fatores genéticos e pessoais. Em sua forma familiar, a Doença de Alzheimer pode ser devida a alterações nos cromossomos 21, 14 e 1, e seria transmitida da forma autossômica dominante mas, segundo estatísticas, a forma familiar seria apenas 5% dos casos.

Mas, de qualquer forma, ninguém descreveu ainda exatamente de que maneira os defeitos dos genes levam o organismo à demência. Ou seja, ainda não está muito claro se as Placas Senis tóxicas e os filamentos retorcidos, típicas da Doença de Alzheimer são a causa dos sintomas ou se, também, são só sintomas. Além disso existem vários outros enigmas sobre as células nervosas. É que elas são frágeis e morrem facilmente.

Não há um teste específico que estabeleça de modos inquestionável a doença de Alzheimer. O diagnóstico de certeza só é feito através de exame patológico (biópsia do tecido cerebral), conduta não realizada quando o idoso está vivo. Desse modo, o diagnóstico de provável Demência tipo Alzheimer é feito excluindo outras patologias que podem evoluir também com quadros demenciais, tais como:

DOENÇAS DA TIREÓIDE
ACIDENTES VASCULARES CEREBRAIS
HIPOVITAMINOSES
HIDROCEFALIA
EFEITOS COLATERAIS DE MEDICAMENTOS
DEPRESSÃO
DESIDRATAÇÃO
TUMORES CEREBRAIS, ENTRE OUTROS.

Atualmente um teste denominado avaliação neuro-psicológica, pode mapear os vários aspectos da mente humana, em busca de possíveis pistas de alterações cognitivas (memória), de comportamento e de dificuldades em atuação nos vários aspectos do dia-a-dia (cuidar de finanças, gerenciar a vida e a sua casa, relacionar com parentes e amigos, depressão...). Um dos testes mais comuns é chamado de mini-exame do estado mental, que é relativamente fácil de ser executado e não cansa o idoso.

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL	Pontos
1. Orientação temporal (0-5): ANO – ESTAÇÃO - MÊS – DIA - DIA DA SEMANA 2. Orientação espacial (0-5): ESTADO – RUA - CIDADE - LOCAL - ANDAR 3. Registro (0-3): nomear: PENTE - RUA – CANETA 4. Cálculo- tirar 7 (0-5): 100-93-86-79-65 5. Evocação (0-3): três palavras anteriores: PENTE – RUA - CANETA 6. Linguagem 1 (0-2): nomear um RELÓGIO e uma CANETA 7. Linguagem 2 (0-1): repetir: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ 8. Linguagem 3 (0-3): siga o comando: Pegue o papel com a mão direita, dobre-o ao meio, coloque-o em cima da mesa. 9. Linguagem 4 (0-1): ler e obedecer: FECHÉ OS OLHOS 10. Linguagem 5 (0-1): escreva uma frase completa 11. Linguagem 6 (0-1): copiar o desenho.	
Total	

3.3.2. OS SINTOMAS DA DOENÇA DE ALZHEIMER

O déficit de memória costuma ser o sintoma mais evidente da Doença de Alzheimer, entretanto, não é o único nem, talvez, o mais incômodo. Outros sintomas que comprometem a capacidade cognitiva (de consciência), tais como as dificuldades na comunicação verbal, no reconhecimento de pessoas e objetos e na execução de atividades comprometem severamente o nível de vida desses pacientes.

Por outro lado, o declínio progressivo da função cognitiva não é monopólio da Doença de Alzheimer e pode acontecer, inclusive, no processo de envelhecimento normal. Recentemente tem-se dito que na Doença de Alzheimer haveria, não um simples declínio da função cognitiva, cuja expressão sugere um processo fisiológico e normal do

envelhecimento, mas sim, um prejuízo na função cognitiva incompatível com a idade do paciente.

Esse prejuízo cognitivo, característico da doença de Alzheimer, pode ser apenas num grau muito leve, com ligeiras confusões, até graus severos, onde o paciente perde a noção de orientação, de sua identidade... Esse grau mais severo, felizmente, costuma estar presente depois de 6-8 anos de evolução, calculando-se, grosseiramente, uma perda de cerca de 5 a 15% da cognição por ano, dependendo do caso.

Os sintomas da Doença de Alzheimer aparecem lentamente. O período médio entre o primeiro e o último estágio é cerca de 8 anos. Este período pode, entretanto, variar muito de uma pessoa para outra. No estágio inicial a pessoa com Doença de Alzheimer parece um pouco confusa e esquecida. Ela pode não encontrar palavras para se comunicar direito, pode deixar pensamentos inacabados, pode esquecer com frequência fatos e conversas recentes.

Curiosamente, entretanto, ao mesmo tempo em que está prejudicada a memória para fatos recentes, como por exemplo o que teve no jantar de ontem, pode haver lembranças claras de um passado mais distante. O paciente frequentemente se lembra e repete histórias de sua infância com riqueza de detalhes impressionante.

Fica prejudicada também a capacidade de lidar com as coisas (pragmatismo), e o paciente começa a precisar de ajuda para executar tarefas rotineiras, anteriormente realizadas com facilidade. Ele pode, com o evoluir da doença, não mais reconhecer seus familiares, os locais familiares e mesmo esquecer como realizar tarefas simples, como por exemplo, se vestir, tomar remédios, tomar banho, etc.

Essa progressão da doença leva a um estágio mais avançado, quando então a pessoa perde completamente a memória, a capacidade de julgamento e o raciocínio. Daí em diante será necessário ajudá-la em todos os aspectos do dia a dia.

Reconhecemos três fases na evolução da doença de Alzheimer, onde os idosos manifestam determinadas características comuns:

FASE INICIAL:

- DISTRAÇÃO
- DIFICULDADE DE LEMBRAR NOMES E PALAVRAS
- ESQUECIMENTO CRESCENTE
- DIFICULDADE PARA APRENDER NOVAS INFORMAÇÕES

- DESORIENTAÇÃO EM AMBIENTES FAMILIARES
- LAPSOS PEQUENOS, MAS NÃO CARACTERÍSTICOS DE JULGAMENTO E COMPORTAMENTO
- REDUÇÃO DAS ATIVIDADES SOCIAIS DENTRO E FORA DE CASA

FASE INTERMEDIÁRIA

- PERDA MARCANTE DA MEMÓRIA E DA ATIVIDADE COGNITIVA
- DETERIORAÇÃO DAS HABILIDADES VERBAIS, DIMINUIÇÃO DO CONTEÚDO E DA VARIAÇÃO DA FALA
- APRESENTA MAIS ALTERAÇÕES DE COMPORTAMENTO: FRUSTRAÇÃO, IMPACIÊNCIA, INQUIETAÇÃO, AGRESSÃO VERBAL E FÍSICA
- ALUCINAÇÕES E DELÍRIOS
- INCAPACIDADE PARA CONVÍVIO SOCIAL AUTÔNOMO
- PERDE-SE COM FACILIDADE, TENDÊNCIA A FUGIR OU PERAMBULAR PELA CASA
- INICIA PERDA DO CONTROLE DA BEXIGA

FASE AVANÇADA

- A FALA TORNA-SE MONOSSILÁBICA E, MAIS TARDE, DESAPARECE
- CONTINUA DELIRANDO
- TRANSTORNOS EMOCIONAIS E DE COMPORTAMENTO
- PERDA DO CONTROLE DA BEXIGA E DO INTESTINO
- PIORA DA MARCHA, TENDENDO A FICAR MAIS ASSENTADO OU NO LEITO
- ENRIGECIMENTO DAS ARTICULAÇÕES
- DIFICULDADE PARA ENGOLIR ALIMENTOS, EVOLUINDO PARA USO DE SONDA ENTERAL OU GASTROSTOMIA (SONDA DO ESTÔMAGO)
- MORTE.

3.3.3. ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO

Alterações comportamentais acontecem na Doença de Alzheimer com variável frequência. De 30 a 50% dos pacientes apresentam algum tipo de delírio. Entretanto, é sempre difícil caracterizar o delírio do paciente com Alzheimer porque, na maioria das

vezes o que existe é uma desorientação tão grande em relação ao local, à data e às pessoas que podemos pensar tratar-se de delírio (mas não é, é desorientação). Delírio seria uma crença de natureza mais absurda e bastante irremovível. De 10 a 25% deles têm alucinações e a maioria, de 40 a 60% tem sintomas depressivos.

Pacientes com transtornos psicóticos prévios, e que começam a apresentar prejuízo progressivo da cognição (integração da consciência), evoluem muito mais rapidamente para a demência. Havendo alguma doença mental anterior à Doença de Alzheimer, principalmente doenças do tipo psicose, fará com que o paciente apresente muito maiores alterações comportamentais, tais como delírios, alucinações, agressividade, agitação, furor, mudanças de personalidade, alterações sexuais e perda das noções de higiene.

As Confusões

O paciente com Doença de Alzheimer confunde facilmente a realidade e, para ele, não é claro a diferença entre o presente do passado, assim como não é claro a diferença entre esse ou aquele filho ou parente. Essa alteração da consciência é que chamamos de alteração cognitiva.

A confusão que ele faz entre as pessoas da família pode ser muito frustrante, acostumados que estamos a sermos bem identificados por todos. Cada situação merece ser tratada diferentemente. Devemos decidir se o assunto em questão é importante, se é importante que o paciente saiba realmente quem é essa pessoa ou não. Às vezes podemos deixar as coisas como estão, outras vezes devemos lembrar a identidade da pessoa confundida.

De vez em quando a personalidade do paciente com Doença de Alzheimer sofre mudanças. As mudanças mais comuns são a depressão, a regressão, apatia, irritabilidade, desconfiança e impaciência. Também podem ocorrer alucinações (ver coisas que não existem) e ilusões (crenças irracionais), mais frequentemente no início da noite. Diante de tais problemas é bom consultar o médico para orientação.

3.4. PESSOAS AFETADAS PELA DOENÇA DE ALZHEIMER

A doença de Alzheimer geralmente afeta as pessoas acima de 65 anos. Quanto mais velha a pessoa, maior a probabilidade de desenvolver a doença. Entretanto, algumas vezes as pessoas mais jovens, por volta dos 40 anos, podem também ser afetadas. Portanto, em tese, todas as pessoas estão sujeitas a esta doença. Nenhuma profissão, nível de escolaridade, raça ou nível sócio-econômico está imune.

Em certo número de casos a doença de Alzheimer pode ter uma natureza familiar, enquanto em outros, apenas uma pessoa da família pode ser afetada. De qualquer forma, as pesquisas genéticas sobre a doença têm evoluído bastante e, até agora, parece haver uma certa predisposição constitucional para desenvolver esse mal.

3.5. TRATANDO A DOENÇA DE ALZHEIMER

Os objetivos do tratamento são, infelizmente, apenas no sentido de controlar os sintomas mais incômodos e estimular o treinamento familiar para se aprender a lidar com pessoa doente. Os medicamentos podem melhorar os sintomas em alguns casos, principalmente os sintomas de irritabilidade, depressão, inquietação, alterações do ritmo sono-vigília, etc.

É essencial traçar um plano de atenção ao paciente com Doença de Alzheimer que inclua cuidados gerais, cuidados médicos e supervisão sócio-familiar. Visitas regulares ao médico ajudarão a monitorar as condições do paciente, verificando se existem outros problemas de saúde que devam ser tratados.

3.5.1. ORGANIZANDO A VIDA DO PACIENTE COM ALZHEIMER

Avaliar os perigos em potenciais da casa onde vive o paciente é de fundamental importância. Degraus, maçanetas, quinas e cantos de móveis, iluminação de corredores e cômodos (manter luzes acesas à noite), enfim, deve ser realizada uma verdadeira perícia de segurança no habitat do paciente. Observe cada cômodo e verifique se existe algum perigo para alguém que está esquecido e confuso.

Por outro lado, decidindo por mudanças, não devemos esquecer que uma pessoa com a doença de Alzheimer tem sérias dificuldades para ajustar-se às mudanças.

Fogão e outros eletrodomésticos podem ser esquecidos ligados ou usados de maneira errada pelos pacientes, portanto, uma checada rotineira é importante. Havendo prejuízo mais severo da memória e da atenção, os botões devem ser cobertos, o registro do gás deve ser desligado quando o fogão estiver sem uso, da mesma forma que os aquecedores e fornos microondas devem ser desligados da tomada quando não estiverem sendo usados. Esse mesmo raciocínio de dificultar o uso indevido deve ser aplicado em relação aos ferros elétricos, torradeiras, liquidificadores, ferramentas e outros equipamentos elétricos.

Nas casas com aquecimento de água central, é importante que a temperatura seja regulada abaixo dos 39 graus. O paciente pode se queimar no momento de misturar água quente e fria para o banho. Trancas e chaves pelo lado de dentro das portas devem ser removidos para facilitar o acesso dos familiares à esses cômodos. O acesso à banheira e à piscina devem ser fechadas.

Dirigir é perigoso para pessoas com a Doença de Alzheimer, mesmo no início do quadro. Ter uma programação diária e regular para as atividades do paciente com a Doença de Alzheimer é de grande ajuda, pois ele se sente muito mais seguro e orientado com uma rotina familiar. Exercícios regulares também ajudam a diminuir a impaciência, além de ajudar dormir melhor. Caminhar é uma boa maneira do paciente com Doença de Alzheimer se exercitar.

Em relação às atividades, é bom ter em mente que as pessoas com doença de Alzheimer freqüentemente se aborrecem por querer executar atividades e não conseguir. Por causa dessa dificuldade pragmática (para fazer as coisas), faça as tarefas junto com o paciente, permita que ele faça o máximo que puder por conta própria, mas esteja pronto para ajudar. Para fazer um bolo, por exemplo, escolha para ele as atividades que envolvam várias tarefas simples, fazendo você mesmo as tarefas mais difíceis, como por exemplo, medir os ingredientes como.

Algumas famílias costumam deixar o paciente tomar suas refeições em separado do restante da família, mas essa não é uma boa tática. As refeições são ótimos momentos para a socialização e permite que se tenha algum controle sobre a quantidade e qualidade do alimento que o paciente. Quando o paciente se veste sozinho, escolher o que vestir pode ser

difícil demais para ele e pode também não conseguir escolher as roupas que combinam. Procure deixar as roupas que ele usará sobre a cama diariamente e, se for o caso, entregue uma peça de cada vez, explicando como vesti-la. O estímulo para que o paciente continue a se vestir sozinho ou o máximo que consegue é muito importante para evitar uma apatia por acomodação.

Assim como as refeições podem se transformar num excelente exercício de ressocialização, também os cuidados higiênicos com barba e cabelo podem ser melhor aproveitados. Havendo condições, a ida a barbeiros e cabeleireiros é sempre desejável.

3.6. OS MEDICAMENTOS

Muitas vezes a informação do paciente de que ele já tomou determinado medicamento ou que não tomou ainda não são perfeitamente confiáveis. Ele esquece fácil e tende a fazer confusão. Portanto, controlar os medicamentos, separando diariamente o tanto de comprimidos que serão consumidos ao longo do dia pode facilitar as coisas. Através dessa separação da medicação diária será mais fácil verificar se estão sendo tomados nas horas e quantidade certas.

Muitos familiares tendem a se indispor com o paciente nessa questão da confusão com remédios. Lembre que a Doença de Alzheimer torna difícil para o paciente compreender e ser compreendido, mas estes problemas são causados pela doença e não são propositais.

As pessoas com Doença de Alzheimer têm dificuldade para entender o significado do que é dito, mas por outro lado, elas são muito sensíveis a como as palavras são ditas. Um tom ríspido, agressivo ou intempestivo pode perturbá-las, ao contrário, um tom calmo pode dar-lhes segurança. Mantenha um tom positivo na voz sempre que puder.

Muitos estudos sugerem haver melhoras em pacientes deprimidos e com Doença de Alzheimer quando tratados com antidepressivos e, ainda mais, que tal melhora pode ocorrer mesmo que o quadro depressivo não esteja claramente definido (Reifler, 1989; Passeri, 1985).

Este é um dado muito importante e justifica a ênfase do tratamento psicofarmacológico para o paciente de Alzheimer, principalmente se considerarmos que, de modo geral, a depressão na Doença de Alzheimer tende a responder bem as medicações

antidepressivas. Mas os candidatos ao tratamento antidepressivo devem ser minuciosamente avaliados pois, ao lado dos benefícios dos antidepressivos, muitos problemas de conduta na Doença de Alzheimer podem ser mais bem conduzidos com importante apoio de mudanças ambientais e sem esses medicamentos.

Entre as medidas não farmacológicas para tratamento do paciente com Doença de Alzheimer, cabe destacar a estimulação para pacientes com apatia, a melhor estruturação do tempo, da ocupação e do entorno do paciente, elaboração de programas para o cotidiano, desenvolvimento de rotinas, etc.

Para os pacientes com Doença de Alzheimer, os antidepressivos Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS) são, provavelmente, a primeira opção de tratamento farmacológico. Essa conduta deve ser imediatamente reavaliada se, por vezes, esses medicamentos produzirem um certo parkinsonismo apático, bem capaz de piorar a depressão e prejudicar o apetite.

Os ISRS podem melhorar múltiplos sintomas da Doença de Alzheimer, incluindo a irritabilidade, inquietude, ansiedade, medos e episódios de confusão. Além de sua reconhecida tolerabilidade, seu uso tem certo apoio teórico no papel que se atribui à serotonina na Doença de Alzheimer.

A Fluoxetina por tender a ser uma substância ativadora, deve ser prescrita aos pacientes mais apáticos e pela manhã. Esse ISRS tem maior tendência de causar anorexia e perda de peso, um efeito indesejável e potencialmente importante, se considerarmos a tendência natural dos pacientes com Doença de Alzheimer a perder peso.

A Paroxetina deve ser preferida em pacientes com ansiedade mais proeminente devido ao seu efeito ansiolítico, além de antidepressivo. Entre os antidepressivos atípicos, aqueles com ação fundamental de agonistas adrenérgicos, a Reboxetina, cujo perfil clínico o torna muito estimulante, pode resultar útil em pacientes apáticos. Também a Mirtazapina, outro antidepressivo atípico, pode ser usada seletivamente por causa de seu efeito antináusea e estimulante do apetite.

Atualmente não têm sido recomendáveis os antidepressivos tricíclicos para idosos. Além de eles poderem piorar os déficits cognitivos, também podem provocar hipotensão ortostática e estranhamento da consciência. A hipotensão ortostática é potencialmente perigosa para idosos, considerando os riscos de quedas.

Apesar disso, alguns tricíclicos, como é o caso da Amitriptilina e da Nortriptilina, podem ser usados na Doença de Alzheimer devido a seus efeitos sedativo e antidepressivo. É dividido em duas frentes de tratamento:

- 1- Tratamento dos distúrbios de comportamento: para controlar a confusão, a agressividade e a depressão, muito comuns nos idosos com demência. Algumas vezes, só com remédio do tipo calmante e neurolépticos (haldol, neozine, neuleptil, risperidona, melleril, entre outros) pode ser difícil controlar. Assim, temos outros recursos não medicamentosos, para haver um melhor controle da situação. Um dos melhores recursos são as dicas descritas neste manual (Manual do Cuidador - CONVIVENDO COM ALZHEIMER), onde mostramos como agir perante aos mais diferentes tipos de comportamento que o idoso ter, no período da agitação.
- 2- Tratamento específico: dirigido para tentar melhorar o déficit de memória, corrigindo o desequilíbrio químico do cérebro. Drogas como a rivastigmina (Exelon), tacrina (Tacrinal), donepezil (Erantz), galantamina (Reminyl), entre outras, podem funcionar melhor no início da doença, porém seu efeito pode ser temporário, pois a doença de Alzheimer continua, infelizmente, progredindo. Estas drogas possuem efeitos colaterais (principalmente gástrico) que podem inviabilizar o seu uso. Também, somente uma parcela dos idosos melhoram efetivamente com o uso destas drogas chamadas anticolinesterásicos, ou seja, não resolve em todos os idosos demenciados.

3.7. TIPO DE ASSISTÊNCIA

Escolher o tipo mais apropriado de assistência a que o paciente com Doença de Alzheimer terá é um dos itens mais importante. Dependendo do estágio da doença e do comportamento da pessoa doente, a assistência pode variar de visitas diárias a cuidados ininterruptos. Primeiro determine o grau necessário de assistência, e então decida qual a melhor maneira de obtê-las.

Normalmente as famílias desses pacientes têm algumas opções: contratar uma enfermeira ou alguém para cuidar da pessoa, encaminhá-lo para tratamento em hospitais-dia ou abrigar o paciente em casas de repouso. Seja qual for a opção escolhida,

periodicamente temos que verificar se ela continua sendo a melhor escolha. Questões legais e financeiras devem ser levadas em consideração. Chegará o momento em que a pessoa com Doença de Alzheimer não estará mais apta para tomar decisões. É bom estarmos preparados para isto. Converse com ela a respeito destas questões o mais cedo possível, enquanto ela ainda pode entender seus objetivos e concordar em fazer mudanças. Se puder contate um advogado especializado, ele poderá ajudá-lo no planejamento legal e financeiro.

3.8. ESTATÍSTICAS DO MAL DE ALZHEIMER

As demências estão constituindo um sério problema de saúde pública em todo o mundo, por isso a importância de se mostrar em números o que isto representa. Hoje temos, no mundo, 18 milhões de idosos com demência, sendo 61% deles em países do terceiro mundo. Daqui a 25 anos terão 34 milhões de idosos nesta situação e a grande maioria (71%), nos países mais pobres! No Brasil, temos atualmente 1,2 milhões de idosos, aproximadamente, com algum grau de demência.

A doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência, respondendo por mais de 60% delas. Não se sabe ainda a causa ou as causas, não se tem ainda um exame de laboratório ou de imagem que possa dar o diagnóstico, ou mesmo que faça uma previsão mais acertada que a pessoa possa ter no futuro uma maior tendência para evoluir para uma demência. Não temos ainda um tratamento curativo ou que reduza a progressão desta doença, muito menos vacinas ou qualquer outro tipo de terapêutica que previna. O que temos são medicamentos que podem melhorar um pouco a memória e o comportamento, o que já é um alento e uma esperança de tratamento.

A Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ) não se cansa de afirmar, no estágio atual das pesquisas sobre demências, que o melhor a ser feito é o apoio ao familiar e ao cuidador de idosos com Alzheimer, mostrando-lhes que não estão sozinhos nesta luta, e que toda informação pertinente será colocada para todos os interessados.

4. CAPÍTULO III

Memória

*Amar o perdido
Deixar confundido
Este coração.*

*Nada pode o olvido
Contra o sem sentido
Apelo do não.*

*Mas as coisas findas
Muito mais que lindas
Estas ficarão.*

Carlos Drumond de Andrade

Para entender o real significado da Gerontologia Educacional como uma proposta para uma melhoria na qualidade de vida de idosos, e como prevenção do mal de *Azheimer*, há necessidade de compreender o termo gerontologia. Esse capítulo tratará exclusivamente sobre esse tema que contempla sobre o envelhecer.

4.1. HISTÓRICO DA GERONTOLOGIA

O século XX marcou o desenvolvimento de áreas científicas voltadas especificamente para o processo de envelhecimento humano.

Papaléo Netto (2002) conta que, em 1903, o médico Elie Metchnikoff defendeu a idéia de um campo de investigação dedicado ao estudo do envelhecimento, a Gerontologia, termo composto por *gero* (velho) e *logia* (estudo ou conhecimento). Em 1909, o médico Ignatz Nascher criou uma nova especialidade da medicina, voltada para o tratamento das

doenças de idosos e da própria velhice. Introduziu o termo geriatria, em que *gero* se associa a *iatrikos* (tratamento), significando o estudo clínico da velhice, estruturando no contexto gerontológico. A gerontologia é entendida como um campo científico “multi e interdisciplinar, cujas finalidades são o estudo das pessoas idosas, as características de velhice enquanto fase final do ciclo de vida, o processo de envelhecimento e seus determinantes biopsicossociais”.

Segundo Papaléo Netto(2002), há três divisões da gerontologia:

- 1) Gerontologia Social: aborda aspectos não-orgânicos – antropológicos, psicológicos, legais, políticos, sociais, econômicos, ambientais e éticos;
- 2) Geriatria: aspectos médicos da assistência à saúde em nível curativo e preventivo;
- 3) Gerontologia biomédica: estuda o envelhecimento sob o ponto de vista molecular e celular.

É interessante observar que em função de a Gerontologia ser um campo multidisciplinar, ela comporta uma infinidade de significados de envelhecimento, que variam conforme a área do saber, como, por exemplo, a Biologia, a Psicologia e a Sociologia. Mas a diversidade se estende ainda mais quando se pensa que cada uma dessas áreas, por sua vez, comporta outra variedade de paradigmas que embasam concepções distintas do envelhecer.

4.2. PARADIGMA DA “NOVA VELHICE”

O novo paradigma sobre a velhice é notavelmente questionado e estudado (Chopra 1995, Khalsa 1997), porque a ciência vem evoluindo e conseqüentemente descobrindo que há regeneração do cérebro.

Enfim, a “nova velhice” é uma meta: possibilidade de viver conscientemente uma longa vida. As pessoas que envelhecem melhor, sobrevivem mais, devido a uma série de fatores: biológicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais.

Rostand (1894 -1977), foi sucinto quando dizia: "Não somos velhos enquanto buscamos". O ser humano enquanto apresentar vontade em viver, ele jamais se sentirá impotente, pelo contrário o idoso fica pré-disposto a buscar algo em sua vida que lhe proporcione satisfação e alegria.

Para diversos autores (Bosi 1989, Pollack 1992, Neves 2000), a memória é um fenômeno, que se constitui como forma de preservação e retenção do tempo, salvando-o do esquecimento e da perda.

4.3.GERONTOLOGIA EDUCACIONAL

“...é preciso formular uma Gerontologia Educacional na perspectiva da educação transformadora que permita ao idoso como ser aprendiz, ocupar um lugar significativo na sociedade e participar plenamente da vida. ...não qualquer educação, mas uma educação que estimule e liberte”.

(Dra. Suzana Rocha Medeiros, 2000)

Com uma pedagogia específica para o idoso: educação dialogal e dialética, socializadora e transformadora, intencionalmente planejada para a educação da cidadania, estas são as propostas da Gerontologia Educacional.

A reflexão do papel do discurso científico como construtor simbólico do envelhecer aponta para os desafios de um mundo em transformação, uma vez que o processo de conhecimento se insere num amplo contexto de mudanças sociais e culturais que estremecem as bases epistemológicas das ciências e nos desafiam a repensar abordagens vigentes.

O avanço tecnológico singulariza e transforma a cultura contemporânea através dos processos de globalização. Assim, acontecimentos locais são influenciados por fatos que ocorrem do outro lado do globo e uma quantidade arrebatadora de novos conhecimentos desponta. Dentre os efeitos de tais transformações, pode-se , mencionar a complexidade das relações pessoais e institucionais, seja no nível artístico, político, econômico ou científico. No campo da ciência é que vem a promover e beneficiar o avanço da tecnologia que gera a multiplicação voraz do volume de conhecimento.

O conhecimento torna-se complexo, a ponto de ser incorporado como objeto de estudo: os paradigmas clássicos tornam-se insuficientes e, as vezes insipientes. Fazendo-se necessário buscar novos paradigmas.

Pensar a Gerontologia significa indagar acerca dos efeitos das transformações contemporâneas sobre seu campo de conhecimento. Um aspecto da Gerontologia pode ser compreendido como sinal de mudança paradigmática: sua própria constituição como campo que se aproxima de uma perspectiva interdisciplinar do conhecimento.

No contexto gerontológico, propõe-se uma interlocução entre diferentes saberes: Educação, Medicina, Antropologia, Psicologia, Pedagogia, Literatura, Artes, Filosofia, Sociologia, entre outros.

A tendência contemporânea ao reconhecimento da complexidade se faz presente no discurso gerontológico.

Ao final do século XX, o Brasil deparou-se, surpreso, com as estatísticas demonstrando o envelhecimento da população com idade igual ou superior a 60 anos, e a projeção de que, ao final da primeira década do século XXI, esse contingente representará 10% da população total, principalmente em decorrência da acentuada queda da mortalidade após 1940 e aos baixos níveis de fecundidade, principalmente após 1970.

Essa mudança na demografia brasileira representou um avanço do ponto de vista científico, mas exige que a Família, a Sociedade e o Estado se articulem, para proporcionar aos idosos, qualidade de vida e cidadania.

Na concepção moderna, capitalista, o trabalho e a educação fazem parte do processo de construção da cidadania: através do trabalho o indivíduo recebe seu salário e mostra que tem direito às relações sociais e à sua condição de cidadão; quanto ao Estado, procura garantir os direitos naturais dos homens: a conservação da vida e da liberdade e também da propriedade adquirida através desse trabalho.

Entretanto, as mudanças internacionais na Economia nos anos 80 e 90, trouxeram para o Brasil e toda a América Latina, uma destruição do parque industrial com drástica diminuição do número de empregos, e que gerou um novo modelo de acumulação do capital, um grande desequilíbrio na distribuição de renda com severo empobrecimento da população. Além disso, houve uma diminuição do papel do Estado, assolado pelo endividamento interno e externo, pelas propostas internacionais de privatização das estatais, pelo *“estabelecimento de um Estado Mínimo, para cumprir apenas algumas funções básicas, como a educação primária, a saúde pública e a criação e manutenção de uma infra-estrutura essencial ao desenvolvimento econômico.*

Aos poucos se percebeu que essas propostas neoliberais trouxeram, além do desemprego e dos baixos salários, uma valorização da produção independente, um aumento expressivo no número de trabalhadores informais, uma redução significativa na proporção de trabalhadores vinculados à Previdência Social e um empobrecimento das políticas sociais.

O sistema público de educação no Brasil foi atingido duramente pela política neoliberal; em contrapartida, passou-se a apregoar a valorização *“da educação em geral e da educação básica, em particular”*. O que se vê, no entanto, é uma educação tecnicista,

direcionada para uma “*sociedade de conhecimento e qualidade total*” e que, na verdade, atende aos interesses dessa sociedade globalizada, onde o treinamento contínuo é necessário para se manter a competitividade. Apesar do discurso desse modelo, o que se viu nos últimos anos e ainda se vê, é a demissão do trabalhador adulto, qualificado, bem remunerado, embora com escolaridade menor e sua substituição por jovens e mulheres, quase sempre com maior escolaridade, mas com salários inferiores àqueles que remuneravam os demitidos.

Como envelhece esse homem ou essa mulher? O que sentem? Conseguirão eles superarem seu sofrimento moral e viverem seus dias com autonomia, tomando decisões por si mesmas e exercendo sua cidadania? “*A educação ao longo de toda vida deve fazer com que cada indivíduo saiba conduzir o seu destino, e garanta o exercício de uma cidadania ativa*”.

De 1993 a 1996, uma Comissão de Especialistas, a pedido da Unesco, realizou um relatório sobre a educação para o século XXI. Os pareceres defendem a idéia de que *a educação é uma experiência global que se desenvolve durante toda a vida* e, para isso, apóia-se em quatro pilares: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser.

Paulo Freire (1996) alerta para a força que tem a ideologia dominante em esconder da maioria a veracidade dos fatos, escondendo-os atrás de uma “névoa”, fazendo-nos aceitar que a realidade é imutável, “*que não há nada a fazer, que é preciso seguir a ordem natural dos fatos*”. No entanto, alerta, é urgente que as pessoas tomem consciência de que é preciso substituir a ética de mercado pela ética do ser humano.

Paulo Freire também incita o educador a se mostrar aberto às diferenças, a perceber a importância de diminuir a distância entre professor e aluno, para que haja respeito mútuo, para que o educando conscientize-se de sua importância no mundo, de que sua manifestação e participação são o princípio para tornar-se sujeito de sua própria existência, autônomo, livre, mesmo quando dependente fisicamente, pronto a decidir o que é melhor para a continuidade e melhoria de sua vida.

Essa educação não tem que ser necessariamente formal; pode ser uma educação não formal, que, para Gohn, designa um processo com quatro campos que correspondem às suas áreas de abrangência: a aprendizagem política dos direitos dos indivíduos enquanto cidadãos, a capacitação das pessoas para o trabalho, a capacitação voltada para a solução

de problemas coletivos do dia a dia, a aprendizagem dos conteúdos da escola formal, de maneira diferente e em espaço alternativo, que pode ser um clube, uma associação, etc. Mais adiante, assim como o que defende Paulo Freire, diz que a educação, além de socializar conhecimentos, deve contribuir para desenvolver no indivíduo a capacidade de pensar e atuar de forma criativa, inovadora e com liberdade, uma educação verdadeiramente transformadora, o sujeito consciente de sua cidadania.

É essa consciência, ou a ausência dela que poderá trazer “muitos futuros” como afirma Milton Santos, futuros esses que serão o resultado de arranjos diferentes, de acordo com o grau de consciência de cada um, entre o que é possível e o desejado, na superação dos obstáculos através do coletivo, mesmo que seja para desafiar e contrariar a ideologia dominante.

E é retomando Paulo Freire, quando propõe a integração do homem através de sua capacidade de transformar a realidade para então ajustar-se a ela, que o idoso poderá ser livre e atuar segundo sua vontade, sabendo o que pensa e o que quer.

Essa educação tem que ser multidisciplinar e continuada; além disso, tem que envolver a sociedade e a comunidade num trabalho de ação política, para a solução dos problemas; tem que ser continuada, para que os idosos tenham oportunidade de refletir e refletindo, possam lutar contra os limites impostos pela mesma sociedade.

E é nesse momento que o educador assume um papel diferenciado, “ *o papel de educador libertador, garantindo no processo educativo o estudo e a reflexão das vivência do idoso, de situações cognitivas – doenças, perdas, medos, junto com esperança, alegria, sem mascarar a realidade, auxiliando-o a projetar situações diferentes às proporcionadas pelo sistema capitalista competitivo, através da apropriação do conhecimento, como também, a ajudar o idoso a colocar o conhecimento a serviço de sua construção como sujeito, com solidariedade e compaixão*”

Aos poucos, ainda timidamente, percebem-se alterações na sociedade: multiplicam-se os grupos de terceira idade e solidificam-se os movimentos dos aposentados. Os movimentos de terceira idade oferecem e incentivam os idosos a participarem de universidades abertas, de grupos de encontro, de lazer, de atividades físicas, entre outros; já os aposentados, uniram-se para reivindicar que o Estado cumpra com seus deveres referentes à Previdência Social. Além disso, conquistaram o direito de participar na gestão daquilo que lhes interessam e hoje têm lugar nos Conselhos de Saúde.

Passo a passo, muitas vezes sofrendo por serem incompreendidos em seu desejo de alterar os paradigmas sobre a velhice e os velhos, e superando inúmeros conflitos com a

família e a sociedade, há uma mudança nos papéis que os idosos desempenham. A troca dessas informações, dessas vivências, faz parte de um ciclo de educação não formal que podem promover uma nova visão para os outros atores, que são toda a sociedade. E para eles mesmos, pessoas que buscam ser donos de sua vida, autônomos, transformando essa etapa da existência em algo produtivo, prazeroso, cidadão.

Andragogia – Cunhado em 1974 pelo educador Pierre Furter, professor de educação comparada da Universidade de Genebra, num artigo intitulado A Formação do Homem Inacabado - Ensaio de Andragogia, o termo serve para definir a concepção, filosofia e prática da educação para adultos. Entretanto, no Brasil, a palavra corresponde a uma situação bem diferente. "Aqui, quando nos referimos à educação de adultos estamos nos referindo à escolarização tardia", diz o pedagogo Luiz Carlos Moreno, consultor em recursos humanos e educação e professor no Centro Universitário Barão de Mauá. "Em outras nações, no assim chamado mundo desenvolvido, a concepção é filosófica e metodologicamente embasada. Um professor para a terceira idade não pode ser um professor qualquer. Ele tem de ter uma formação específica para isso". Entre as qualidades indicadas no perfil desse profissional, Moreno enumera: capacidade de adaptação, equilíbrio emocional, senso de dever, sinceridade e coerência de comportamento, respeito pelo ser humano em todas as situações da vida, entusiasmo e otimismo, disposição de mais dar do que receber, forte senso de responsabilidade e empatia. "Isso nas condições intrínsecas desse professor", completa. "Nas extrínsecas ele tem de ter preparo em conteúdo de um campo de conhecimento, cultura geral e atual, suficiente compreensão de andragogia afim de poder perceber o processo de ensino - aprendizagem, além de um suficiente preparo em didática, para fazer o ensino mais adequado e eficaz, tornando o educando cada vez mais consciente de si, do seu potencial e da realidade em que se insere e em que atua".

Modelos de Ensino - A Universidade Aberta da terceira idade da PUC Campinas foi uma das pioneiras no País, inspirada no modelo de Toulouse, França, e adaptada com base na Universidade Autônoma do México. É oferecido uma proposta pedagógica, em que se é trabalhado com módulos abordando temas como a cultura, a vivência, aspectos sócio-econômicos e legais.

Existem três modelos diferentes de cursos para a terceira idade: a Universidade da Terceira Idade (como a da própria PUC Campinas), a Universidade para a Terceira Idade (com disciplinas regulares abertas, como num curso de extensão) e a Universidade Aberta à Terceira Idade (onde não há uma proposta pedagógica articulada, mas uma abertura das classes normais aos idosos). Dentro dessas categorias, existem hoje no Brasil mais de 200 cursos, 50 deles só em São Paulo.

O "novo" aluno - Lecionar para a terceira idade ainda é diferente. Quem já trabalha com eles, aponta como diferenciais: a experiência de vida, o conhecimento popular adquirido, a capacidade de responder melhor às adversidades, a atenção, a maior capacidade ao distinguir o essencial do secundário, a facilidade de envolvimento com as questões sociais e a capacidade de recordação.

Quebrando o isolamento - "Quem está na terceira idade está espacialmente isolado, socialmente marginalizado e afetivamente esquecido", diz João Bakker Filho, coordenador do Programa de Estudos da Terceira Idade, da PUC-PR. "A pessoa quando nasce, tem como objetivo envelhecer. Ela cresce, começa a trabalhar e vai envelhecendo. E quando chega na maturidade, continua a envelhecer. Mas aí vem a pergunta: Para quê? Ela não quer mais ter filhos, não precisa mais de carro novo e nem de emprego. Por isso, o que cada um de nós tem de descobrir é um novo sentido para a vida. É isso que nós trabalhamos na educação para a terceira idade. Eu mesmo, com 70 anos, continuo dando aulas na universidade para jovens. Minha ação docente hoje, é muito diferente do que quando me formei". Um dos principais objetivos das faculdades da terceira idade é vencer o preconceito, acrescenta Jacy Padilha, coordenadora e professora da Faculdade da Terceira Idade de Vinhedo.

Bakker, que também é psicólogo com mestrado em Gerontologia, explica que o gasto em prevenção de doenças é sempre muito menor que o da cura. Numa universidade de terceira idade, essa prevenção consiste em trazer o aluno de volta à atividade. "Quando a pessoa envelhece, a preguiça e o cansaço dela aumentam. Os estímulos internos e externos diminuem. E se antigamente a ênfase era dada ao professor e depois passou a ser dada ao aluno, hoje ela está na relação entre os dois. Os conceitos mudaram e a dinâmica também. A sala de aula do idoso não é diferente da sala de aula do jovem. O único desafio é para o professor, porque os idosos são muito mais críticos e também exigem mais afetividade".

4.4. APRENDIZAGEM CONTINUADA AO LONGO DA VIDA (*LIFE LONG-LEARNING MINDSET*)

A aprendizagem que acontece depois que a pessoa deixa a vida profissional – ou diminuem as obrigações familiares – e passa a dedicar parte do seu tempo para “fazer as coisas de que gosta” ou aquelas que não foram realizadas por conta da “falta de tempo”. E esta “coisa” pode ser muito variada e relacionada com praticamente todas as áreas do conhecimento, mas, envolvendo uma grande dose de aprendizagem. É uma aprendizagem construída e não simplesmente memorizada.

Algumas das universidades mundiais preferem o termo *lifelong-learning mindset*, para mencionar a educação para toda vida. Possuem extensos programas de educação voltados para o público da Terceira Idade.

Embora o indivíduo possa aprender muito interagindo com os objetos e com as pessoas, a complexidade do mundo acaba demandando que ele procure ajuda para formalizar aquilo que faz intuitivamente. A escola tem esta função. No entanto, grande parte do encantamento de aprender sem ser formalmente ensinado desaparece.

Praticamente todas as universidades hoje oferecem programas educacionais para a terceira idade. A quantidade de pessoas que estão se aposentando ainda em pleno vigor mental e físico, com relativo poder econômico e interessada em se manter ativas mentalmente, está crescendo. No Brasil, segundo dados do IBGE, em 1992 eram 11,4 milhões de pessoas com mais de 60 anos. Em 1999 este número cresceu para 14,5 milhões, sendo que um terço ainda trabalha e, destes, 3 milhões são aposentados. O duplo salário – da pensão e do trabalho – coloca-os em uma posição confortável economicamente. Essa crescente demanda por educação cria um mercado que está sendo explorado pelas instituições educacionais com muito sucesso.

Educar para o futuro novo é uma tarefa difícil e desafiante. A visão prospectiva da realidade exige um enfoque global de todos os problemas educativos do mundo. A educação permanente engloba como totalidade a formação inicial de jovens e a formação contínua de adultos.

Uma educação direcionada ao futuro é aquela que se preocupa com as necessidades sociais presentes na realidade de nosso país com a natureza do homem, com o trabalho e sua criação. É necessário que os educadores se despreguem da educação puramente

acadêmica e se preocupem com a atividade onde o homem cria algo “não para si mesmo”, mas para o mundo onde ocorre a sua identificação coletiva.

Segundo Lima (2000) a educação permanente poderá ser uma possibilidade de atender e apoiar o idoso a ser seu próprio intérprete, a manter a sua capacidade de reflexão, de fazer e decidir por si próprio, com independência e autonomia.

Em detrimento da preocupação com a qualidade e intencionalidade da educação, uma Comissão Internacional da Educação para o século XXI, formada pela UNESCO, apresentou o Relatório Jacques Delors, sob o título *Educação – Um tesouro a descobrir*, vem a contribuir com uma revisão crítica da política educacional de todos os países. Esse relatório iniciou-se em março de 1993 e concluído em setembro de 1996, teve a contribuição de inúmeros especialistas de todo mundo.

A conclusão dos especialistas sobre a educação foi:

“Ante os múltiplos desafios do futuro, a educação surge como um trunfo indispensável à humanidade na sua construção dos ideais da paz, da liberdade e da justiça social. Ao terminar os seus trabalhos a Comissão faz, pois, questão de afirmar a sua fé no papel essencial da educação do desenvolvimento contínuo, tanto das pessoas como das sociedades. Não como um “remédio milagroso”, não como um “abre-te sésamo” de um mundo que atingiu a realização de todos os seus ideais mas, entre outros caminhos e para além deles, como uma via que conduza a um desenvolvimento humano mais harmonioso mais autêntico, de modo a fazer recuar a pobreza, a exclusão social, as incompreensões, as opressões, as guerras...” (Delors 1999)

As teses defendidas no Relatório, da educação básica à universidade e, da educação continuada, voltam-se essencialmente para o desenvolvimento humano entendido com a evolução da capacidade de raciocinar e imaginar, da capacidade de discernir, do sentido das responsabilidades.

O conceito de educação ao longo da vida aparece como uma das chaves de acesso ao século XXI, de acordo com o Relatório Jacques Delors.

“A Educação ao longo de toda a vida deve fazer com que cada indivíduo saiba conduzir o seu destino, num mundo onde a rapidez das mudanças se conjuga com o fenômeno da globalização para modificar a relação que homens e mulheres mantêm com o espaço e o tempo. As alterações que afetam a natureza do emprego, ainda circunscritas a uma parte do mundo, vão, com certeza, generalizar-se e levar a uma reorganização dos ritmos de vida. A educação ao longo da vida torna-se assim, para nós, o meio de chegar a um equilíbrio mais perfeito entre trabalho e aprendizagem bem como ao exercício de uma cidadania ativa.” (Delors 1999)

Uma pessoa deve adaptar-se a um mundo em constante transformações, para que seja um indivíduo competitivo no âmbito do trabalho, bem como ter o mérito de ser um cidadão digno de respeito e capaz de provocar mudanças.

4.5. METODO DE PAULO FREIRE

Existem diversos e conhecidos trabalhos sobre o Método Paulo Freire. Não queremos reproduzi-los aqui. Buscaremos entender quais são os princípios e práticas deste Método já que o próprio Paulo Freire entendia tratar-se muito mais de uma **Teoria do Conhecimento** do que de uma **metodologia de ensino**, muito mais um **método de aprender** que um **método de ensinar**

Paulo Freire marcou uma ruptura na história pedagógica de seu país e da América Latina. Através da criação da concepção de educação popular ele consolidou um dos paradigmas mais ricos da pedagogia contemporânea rompendo radicalmente com a educação elitista e comprometendo-se verdadeiramente com homens e mulheres. Num contexto de massificação, de exclusão, de desarticulação da escola com a sociedade, Freire dá sua efetiva contribuição para a formação de uma sociedade democrática ao construir um projeto educacional radicalmente democrático e libertador. Assim sendo, seu pensamento e sua obra é, e continuará sendo, um marco na pedagogia nacional e internacional.

Ao longo de sua militância educacional, social e política, Freire jamais deixou de lutar pela superação da opressão e desigualdades sociais entendendo que um dos fatores determinantes para que ela se dê é o desenvolvimento da consciência crítica através da consciência histórica. Seu projeto educacional sempre contemplou essa prática,

construindo sua teoria do conhecimento com base no respeito pelo educando, na conquista da autonomia e na dialogicidade enquanto princípios metodológicos.

Esse pensar crítico e libertador que permeia sua obra, serve como inspiração para educadores do mundo inteiro que acreditam ser possível unir as pessoas numa sociedade com equidade e justiça. Isso faz com que Paulo Freire seja hoje um dos educadores mais lidos do mundo.

Nas últimas décadas, temos presenciado a evolução e recriação de suas teses epistemológicas, ou seja, sua teoria do conhecimento, que apontam para a construção de novos paradigmas educacionais e constante recriação da práxis pedagógica libertadora.

1.5.1. PRESSUPOSTOS DO MÉTODO

A proposta de Freire parte do Estudo da Realidade (fala do educando) e a Organização dos Dados (fala do educador). Nesse processo surgem os Temas Geradores, extraídos da problematização da prática de vida dos educandos. Os conteúdos de ensino são resultados de uma metodologia dialógica. Cada pessoa, cada grupo envolvido na ação pedagógica dispõe em si próprio, ainda que de forma rudimentar, dos conteúdos necessários dos quais se parte. O importante não é transmitir conteúdos específicos, mas despertar uma nova forma de relação com a experiência vivida. A transmissão de conteúdos estruturados fora do contexto social do educando é considerada "invasão cultural" ou "depósito de informações" porque não emerge do saber popular. Portanto, antes de qualquer coisa, é preciso conhecer o aluno. Conhecê-lo enquanto indivíduo inserido num contexto social de onde deverá sair o "conteúdo" a ser trabalhado.

Assim sendo, "não se admite uma prática metodológica com um programa previamente estruturado assim como qualquer tipo de exercícios mecânicos para verificação da aprendizagem, formas essas próprias da "educação bancária", onde o saber do professor é depositado no aluno, práticas essas domesticadoras. O relacionamento educador-educando nessa perspectiva se estabelece na horizontalidade onde juntos se posicionam como sujeitos do ato do conhecimento. Elimina-se portanto toda relação de autoridade uma vez que essa prática inviabiliza o trabalho de criticidade e conscientização.

Segundo Freire o ato educativo deve ser sempre um ato de recriação, de re-significação de significados. O Método Paulo Freire tem como fio condutor a alfabetização

visando à libertação. Essa libertação não se dá somente no campo cognitivo mas acontece essencialmente nos campos social e político. Para melhor entender este processo precisamos ter clareza dos **princípios** que constituem o método e que estão diretamente relacionados às idéias do educador que o concebeu.

1º - O primeiro princípio do "Método Paulo Freire" diz respeito à **politicidade do ato educativo**.

Um dos axiomas do Método em questão é que não existe educação neutra. A educação vista como construção e reconstrução contínua de significados de uma dada realidade prevê a ação do homem sobre essa realidade. Essa ação pode ser determinada pela crença fatalista da causalidade e, portanto, isenta de análise uma vez que ela se lhe apresenta estática, imutável, determinada, ou pode ser movida pela crença de que a causalidade está submetida a sua análise, portanto sua ação e reflexão podem alterá-la, relativizá-la, transformá-la.

A visão ingênua que homens e mulheres têm da realidade faz deles escravos, na medida em que não sabendo que podem transformá-la, sujeitam-se a ela. Essa descrença na possibilidade de intervir na realidade em que vivem é alimentada pelas cartilhas e manuais escolares que colocam homens e mulheres como observadores e não como sujeitos dessa realidade.

O que existe de mais atual e inovador no Método Paulo Freire é a indissociação da construção dos processos de aprendizagem da leitura e da escrita do processo de politização. O alfabetizando é desafiado a refletir sobre seu papel na sociedade enquanto aprende a escrever a palavra sociedade; é desafiado a repensar a sua história enquanto aprende a decodificar o valor sonoro de cada sílaba que compõe a palavra história. Essa reflexão tem por objetivo promover a superação da consciência ingênua - também conhecida como consciência mágica - para a consciência crítica.

Na experiência de Angicos, assim como em outros lugares onde foi adotado o método, as salas de aula transformaram-se em fóruns de debate, denominados "Círculos de Cultura". Neles, os alfabetizandos aprendiam a ler as letras e o mundo e a escrever a palavra e também a sua própria história.

Através de slides contendo cenas de seu cotidiano esses trabalhadores/educandos discutiam sobre o desenrolar de suas vidas reconstruindo sua história, sendo desafiados a perceberem-se enquanto sujeitos dessa história. Nesse contexto era apresentada uma

palavra aos educandos - ligada a esse cotidiano e previamente escolhida - e, através do estudo das famílias silábicas que a compunham, o educando apropriava-se do conhecimento do código escrito ao mesmo tempo que refletia sobre sua história de vida.

O professor, contrariando a visão tradicionalista que atribui a ele o papel privilegiado de detentor do saber, é denominado "Animador de debates" e tem o papel de coordenar o debate, problematizar as discussões para que opiniões e relatos surjam. Cabe também ao educador conhecer o universo vocabular dos educandos, o seu saber traduzido através de sua oralidade, partindo de sua bagagem cultural repleta de conhecimentos vividos que se manifestam através de suas histórias, de seus "causos" e, através do diálogo constante, em parceria com o educando, reinterpreta-los, recriá-los.

Os alfabetizados, ao dialogar com seus pares e com o educador sobre o seu meio e sua realidade, têm a oportunidade de desvelar aspectos dessa realidade que até então poderiam não ser perceptíveis. Essa percepção se dá em decorrência da análise das condições reais observadas uma vez que passam a observá-la mais detalhadamente. Uma re-admiração da realidade inicialmente discutida em seus aspectos superficiais será realizada, porém com uma visão mais crítica e mais generalizada. Essa nova visão, não mais ingênua, mas crítica vai instrumentalizá-los na busca de intervenção para transformação.

Todo esse movimento de observação-reflexão-readmiração-ação faz do Método Paulo Freire uma metodologia de caráter eminentemente político.

2º - O segundo princípio do Método diz respeito a **dialocidade do ato educativo**.

Segundo Harmon, a pedagogia proposta por Freire é fundamentada numa antropologia filosófica dialética cuja meta é o engajamento do indivíduo na luta por transformações sociais (HARMON, 1975:89). Sendo assim, para Freire, a base da pedagogia é o diálogo. A relação pedagógica necessita ser, acima de tudo, uma relação dialógica.

Essa premissa está presente no método em diferentes situações: entre educador e educando, entre educando e educador e o objeto do conhecimento, entre natureza e cultura.

Sempre em busca de um humanismo nas relações entre homens e mulheres, a educação, segundo Paulo Freire, tem como objetivo promover a ampliação da visão de mundo e isso só acontece quando essa relação é mediatizada pelo diálogo. Não no monólogo daquele que, achando-se saber mais, deposita o conhecimento, como algo quantificável, mensurável naquele que pensa saber menos ou nada saber. **A atitude**

dialógica é, antes de tudo, uma atitude de amor, humildade e fé nos homens, no seu poder de fazer e de refazer, de criar e de recriar (FREIRE, 1987:81).

A dialogicidade, para Paulo Freire, está ancorada no tripé **educador-educando-objeto do conhecimento**. A indissociabilidade entre essas três "categorias gnosiológicas" é um princípio presente no Método a partir da busca do conteúdo programático. O diálogo entre elas começa antes da situação pedagógica propriamente dita. A pesquisa do universo vocabular, das condições de vida dos educandos é um instrumento que aproxima educador-educando-objeto do conhecimento numa relação de justaposição, entendendo-se essa justaposição como atitude democrática, conscientizadora, libertadora, daí dialógica.

O diálogo entre **natureza e cultura**, está presente no Método Paulo Freire a partir da idéia de homens e mulheres enquanto produtores de cultura. Para a introdução do conceito de cultura, ao mesmo tempo gnosiológica e antropológica, Freire selecionou **dez situações existenciais** "codificadas" para levar os grupos à sua respectiva "decodificação". Francisco Brenand um expressivo pintor brasileiro retratou essas situações. A utilização dessas situações existenciais, já naquela época, proporcionava uma perfeita integração entre educação e arte, proposta que atualmente é referendada nos Parâmetros Curriculares Nacionais. Essas gravuras representando cenas da vida dos alfabetizandos, apresentavam, por serem um recorte da realidade, o cenário natural para que os debates, partindo deste contexto existencial, não fosse apenas um blá, blá, blá (expressão usada diversas vezes por Freire) sobre o vazio, mas que fosse uma rica exposição de idéias sobre o seu mundo e sobre a sua ação nesse mundo capaz de transformá-lo com seu trabalho. **Aprender é um ato de conhecimento da realidade concreta**, isto é, da situação real vivida pelo educando e só tem sentido se resultar de uma aproximação crítica dessa realidade.

Uma metodologia que promova o debate entre o homem, a natureza e a cultura, entre o homem e o trabalho, enfim entre o homem e o mundo em que vive, é uma metodologia dialógica e, como tal, prepara o homem para viver o seu tempo, com as contradições e os conflitos existentes, e conscientiza-o da necessidade de intervir nesse tempo presente para a construção e efetivação de um futuro melhor.

A palavra "método" da forma como é definida em seu "sentido de base" não retrata com fidelidade a idéia e o trabalho desenvolvido por Freire. É no "sentido contextual", carregado dos princípios de seu idealizador, que a palavra método é utilizada em larga escala.

Embora concordemos com Freire, a expressão "Método Paulo Freire" é hoje uma expressão universalizada e cristalizada como referência de uma "concepção democrática, radical e progressista de prática educativa", razão pela qual usamos essa expressão ao longo deste texto.

Essa insistência em classificar a metodologia de Freire em termos de Método ou Sistema se dá pelo fato dela compreender uma certa sequenciação das ações, ou melhor dizendo, ela estrutura-se em **momentos** que, pela sua natureza dialética, não são estanques, mas estão interdisciplinarmente ligados entre si.

Para situar melhor essa sequenciação indicaremos aqui os momentos que compõem a metodologia criada por Freire:

1º Momento: **Investigação Temática** – Pesquisa Sociológica: investigação do universo vocabular e estudo dos modos de vida na localidade (Estudo da Realidade).

Como podemos perceber, o estudo da realidade não se limita à simples coleta de dados e fatos, mas deve, acima de tudo, perceber como o educando sente sua própria realidade superando a simples constatação dos fatos; isso numa atitude de constante investigação dessa realidade. Esse mergulho na vida do educando fará o educador emergir com um conhecimento maior de seu grupo-classe, tendo condições de interagir no processo ajudando-o a definir seu ponto de partida que irá traduzir-se no **tema gerador geral**.

A expressão **tema gerador geral** está ligada à idéia de Interdisciplinaridade e está presente na metodologia freireana pois tem como princípio metodológico a promoção de uma aprendizagem global, não fragmentada. Nesse contexto, está subjacente a noção holística, de promover a integração do conhecimento e a transformação social. Do tema gerador geral sairá o recorte para cada uma das áreas do conhecimento ou, para as palavras geradoras. Portanto, um mesmo tema gerador geral poderá dar origem à várias palavras geradoras que deverão estar ligadas a ele em função da relação social e que os sustenta.

2º Momento: **Tematização**: seleção dos temas geradores e palavras geradoras.

Através da seleção de temas e palavras geradoras, realizamos a codificação e decodificação desses temas buscando o seu significado social, ou seja, a consciência do vivido. Através do tema gerador geral é possível avançar para além do limite de conhecimento que os educandos têm de sua própria realidade, podendo assim melhor compreendê-la a fim de poder nela intervir criticamente. Do tema gerador geral deverão sair as **palavras geradoras**. Cada palavra geradora deverá ter a sua ilustração que por sua vez deverá

suscitar novos debates. Essa ilustração (desenho ou fotografia) sempre ligada ao tema, tem como objetivo a "codificação", ou seja, a representação de um aspecto da realidade, de uma situação existencial construída pelos educandos em interação com seus elementos.

3º Momento: **Problematização:** busca da superação da primeira visão ingênua por uma visão crítica, capaz de transformar o contexto vivido. "A problematização nasce da consciência que os homens adquirem de si mesmos que sabem pouco a próprio respeito.

Após a etapa de investigação (estudo da realidade), passa-se à seleção das palavras geradoras, que deverá obedecer a **três critérios básicos:**

- a) Elas devem necessariamente estar inseridas no contexto social dos educandos.
- b) Elas devem ter um teor pragmático, ou melhor, as palavras devem abrigar uma pluralidade de engajamento numa dada realidade social, cultural, política etc...
- c) Elas devem ser selecionadas de maneira que sua seqüência englobe todos os fonemas da língua, para que com seu estudo sejam trabalhadas todas as dificuldades fonéticas.

Essa seleção deve ser conjunta, cabendo porém ao educador a seleção gradual das dificuldades fonéticas, uma vez que o método é silábico. Os fonemas trabalhados numa aula deverão ser registrados numa ficha ou no próprio caderno para que o educando, em casa, seja desafiado a construir novas palavras (uma vez que algumas já foram criadas pelo grupo), comparar com as já criadas, descobrindo semelhanças e/ou diferenças entre elas. Nesse processo de construção de novas palavras, leitura e escrita acontecem simultaneamente.

É importante que o educador mostre aos educandos a articulação oral dos valores das vogais nos fonemas para facilitar o reconhecimento sonoro de cada uma das vogais.

Em seu livro *Educação como Prática da Liberdade* Freire propõe a execução prática do Método em cinco fases, a saber:

1ª Fase: **levantamento do universo vocabular** dos grupos com quem se trabalhará. Essa fase se constitui num importante momento de pesquisa e conhecimento do grupo, aproximando educador e educando numa relação mais informal e portanto mais carregada de sentimentos e emoções. É igualmente importante para o contato mais aproximado com a linguagem, com os falares típicos do povo.

2ª Fase: **escolha das palavras selecionadas do universo vocabular pesquisado.** Como já afirmamos anteriormente, esta escolha deverá ser feita sob os critérios: a) da riqueza fonética; b) das dificuldades fonéticas, numa seqüência gradativa dessas dificuldades; c) do

teor pragmático da palavra, ou seja, na pluralidade de engajamento da palavra numa dada realidade social, cultural, política etc...

3ª Fase: **criação de situações existenciais** típicas do grupo com quem se vai trabalhar. São situações desafiadoras, codificadas e carregadas de elementos que serão descodificados pelo grupo com a mediação do educador. São situações locais que discutidas abrem perspectivas para a análise de problemas regionais e nacionais.

4ª Fase: **Elaboração de fichas-roteiro** que auxiliem os coordenadores de debate no seu trabalho. São fichas que deverão servir como subsídios, mas sem uma prescrição rígida a seguir.

5ª Fase: **Elaboração de fichas com a decomposição das famílias fonéticas** correspondentes aos vocábulos geradores. Esse material poderá ser confeccionado na forma de slides, stripp-filmes (fotograma) ou cartazes.

A proposta de utilização dessa metodologia na alfabetização de jovens e adultos foi completamente inovadora e diferente das técnicas até então utilizadas que eram, na maioria das vezes, resultado de adaptações simplistas das cartilhas, com forte tônica infantilizante. Foi diferente por possibilitar uma aprendizagem libertadora, não mecânica, mas uma aprendizagem que requer uma tomada de posição frente aos problemas que vivemos. Uma aprendizagem integradora, abrangente, não compartimentalizada, não fragmentada, com forte teor ideológico. Foi diferente pois promovia a horizontalidade na relação educador-educando, a valorização de sua cultura, de sua oralidade, enfim, foi diferente, acima de tudo, pelo seu caráter humanístico. Dessa forma, o Método proposto por Freire rompeu com a concepção utilitária do ato educativo propondo uma outra forma de alfabetizar. Cabe aqui também o registro que Paulo Freire, ao trabalhar com slides, gravuras, enfim materiais audiovisuais foi um dos pioneiros na utilização da linguagem multimídia na alfabetização de adultos. Isso prova o quanto Freire estava à frente de seu tempo.

No entanto, desde a sua origem e aplicação na década de 60 até os dias atuais, o Método Paulo Freire vem suscitando controvérsias, se constituindo em assunto polêmico para a realização de teses, simpósios, mesas-redondas, publicação de livros e artigos, além de se constituir em fonte de estudo, pesquisa e também aplicação em diferentes partes do Brasil e do mundo.

O Método Paulo Freire continua vivo e em evolução entre aqueles que trabalham com as suas idéias, mas reafirmamos a necessidade de recriação constante em toda e qualquer prática educativa, inclusive no método em questão.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população brasileira está envelhecendo. A quantidade de pessoas que estão se aposentando ainda em pleno vigor mental e físico, com relativo poder econômico e interessados em se manter ativos mentalmente está crescendo.

Com o advento de um novo paradigma para a “nova velhice”, penso que a educação permanente, através da Gerontologia Educacional, seja uma possibilidade de apoiar os idosos para um novo estilo de vida, sendo um ser que mantém viva suas reflexões, de fazer decidir por si próprio, tendo independência e autonomia para realmente ser um cidadão respeitado pela família, comunidade e sociedade.

Com a volta do idoso aos estudos e através de um processo educacional intencionalmente planejado, acredita-se que aumenta a possibilidade do idoso dar um novo sentido à sua vida e de se inserir novamente na sociedade.

O conceito de educação ao longo de toda a vida (*Life long education*) destaca-se como uma das chaves de acesso ao século XXI. Vai além da educação tradicional e permanente. Sugeri um desafio de um mundo em rápida ascensão. Há necessidade de aprendermos a aprender, para termos mais razão de ser. Por meio da educação cada indivíduo conduzirá o seu destino, garantindo o exercício da cidadania de forma digna e ativa.

É o *continuum* educativo, coextensivo à vida que amplia as dimensões da sociedade, uma exigência necessária no mundo do trabalho, sendo condição para atualizar e permanecer em estado de equilíbrio nos tempos de globalização.

Através da educação pode-se educar o idoso para a vida, exercitando-o na busca de novos sonhos, da imaginação e da criação. Repensando a sua vida o idoso poderá reformular seus pensamentos, bem como lutar pelos seus direitos assegurados por lei, proporcionando subsídios para garantir uma nova concepção de cidadania. Para tanto, é preciso pensar em novas formas de tematizar a velhice, enfatizando a responsabilidade coletiva e valorizando a experiência singular e vital do envelhecer.

Há uma tendência contemporânea de revisão de estereótipos. Acompanhando essa tendência, o discurso científico sobre a velhice pode contribuir para uma sucessão de reconstruções de seu dizer, elaborando uma nova história da velhice em nossa sociedade. Essa parceria é condição fundamental para se resgatar o lugar social da velhice e

reconhecer simbolicamente o envelhecer, estendendo-se ao reconhecimento da pessoa idosa como sujeito psíquico existente e como agente social.

Machado de Assis em sua famosa obra “Dom Casmurro” informa aos seus leitores, logo de início, o objetivo da empreitada do narrador-personagem Bentinho ao lembrar e contar sua história: “atar as pontas da vida e restaurar na veihice a juventude”. De fato, a memória, as lembranças, tem um papel fundamental em nossas vidas: ela nos permite criar elos e significados ao longo do tempo. É a memória que nos informa o que fomos e, portanto, atribui significado para o que somos e nos possibilita imaginar o que seremos.

Sendo a memória é valiosa e preciosa, um patrimônio pessoal ou universal, no qual todos devem zelar e preservar, para que as lembranças sejam registradas e permaneçam, deve-se então através de alternativas, para que a mesma não acabe esquecida, exercer maneiras de torná-las vivas. Por isso, a gerontologia educacional vem para contribuir com o processo de formação do idoso, unindo a isso prevenção de doenças como *Alzheimer*, cujos sintomas fazem com que a pessoa portadora desse mal venha a ter uma qualidade de vida comprometida.

Diversas são as formas de prevenção do Mal de *Alzheimer*, esse trabalho sugere a inclusão do idoso na educação formal. Pois, estudos indicam que o cérebro deve permanecer em constante motivação e funcionamento para que ocorram as transmissões dos impulsos nervosos, permitindo elevar o tempo médio de vida das células nervosas.

Dessa forma, sabe-se hoje que uma das formas de preveni-la seja através do treinamento da memória, manipulando-a para que ela seja mais eficiente.

Um novo movimento em direção à inclusão do idoso, através da educação, representa um esforço conjunto das organizações das Nações Unidas, Organizações Não-Governamentais (ONG's), países, comunidades e afins atuando juntos como um catalisador nesse processo. O direito à educação é universal está consagrada e contida em importantes declarações internacionais incluindo a Declaração Mundial da Educação para Todos (1990), o Enquadramento da Ação Dakar (2000), cuja meta é atingir a “educação para todos” até 2015.

Com a aprovação do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, setembro de 2003), os direitos dos idosos foram ampliados e legitimados perante a sociedade. Este Estatuto resgatou princípios constitucionais, que garantem aos cidadãos, direitos que preservem a dignidade da pessoa humana, sem discriminação de origem, raça, sexo, cor e idade. O

estatuto abre novas perspectivas na área de educação para essa modalidade. Obtendo-se o aparato da legislação, o idoso terá condições de realizar desejos, como o de cursar em uma Universidade aberta para as pessoas idosas, através de uma instituição de ensino devidamente autorizada. A sociedade e as políticas sociais têm que voltar seu olhar para a causa dos idosos e o auxiliarem neste processo.

O idoso, devido sua experiência de vida, mostra-se um ser totalmente preparado para enfrentar as dificuldades do dia-a-dia. A sabedoria que os idosos possuem o faz ser especial, pois carrega consigo todas as vivências, que a Escola da Vida pode lhe proporcionar.

Atualmente leciono para Educação de Jovens e Adultos (EJA), por isso venho demonstrando interesse nessa modalidade de educação, cuja heterogenicidade dos alunos é significativa. Possuo alunos, cuja idade varia desde 15 até 81 anos. Outro fator marcante é a diferença cultural e o poder aquisitivo. Trabalhar com diferenças significativas, mas que no decorrer do processo e da experiência em sala de aula percebo que todos somos iguais, mesmo sendo diferentes.

Preocupo-me sobre as diretrizes curriculares que norteiam a EJA, bem como as diversas metodologias de ensino que devo conhecer, para então me aprimorar em uma que se enquadre no contexto do perfil do aluno da EJA. Seguindo várias vezes a metodologia de Paulo Freire.

O que me impressiona e atrai para essa modalidade da área da educação é a força de vontade, o grau de interesse, a superação dos obstáculos devido a questão da idade, vencer os preconceitos impostos pela sociedade, trabalhar com a auto-estima do aluno, tão massacrado pelo sistema e que no final é surpreendente a sua *performance* e seu desempenho obtendo visões diferenciadas e críticas.

Creio que o mundo será diferente, creio que todos seremos um dia reconhecidos, creio na experiência de vida como subsídio para a educação, creio no potencial das pessoas, creio na esperança de cada coração, creio na força divina que nos conforta, creio na ciência e na evolução, creio na transcendência de valores, creio na evolução espiritual, creio no tempo puro, creio na humanização, creio na pacificação, creio na educação como princípio, creio acima de tudo no ser.... no SER HUMANO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L. R. (1998). *Human Development in Adulthood*. London Plenum Press.
- Almeida, O. P. (1997). *Manejo dos distúrbios de comportamento em pacientes demenciados*. "In: *Depressão e Demência no Idoso*. O, Forlenza e O. P. Almeida (Eds). São Paulo:Lemos.
- Alvarez, A. (2004). *Essencial: Um Guia Prático de Alimentação e Saúde. Doença de Alzheimer*. São Paulo: Ed. Nova Cultural.
- Alvarez, A. M. M. A; Carvalho, I. A.;Ávila, R. (2001). "*Reabilitação neuropsicológica na doença de Alzheimer*". *Revista Psiquiatria Clínica*, v.28,p. 286-7.
- Ballone, G.J. *Depressão na Doença de Alzheimer* - in. **PsiquWeb Psiquiatria Geral**, Obtido em 06 de março de 2005 - disponível em <http://www.psiqweb.med.br/geriat/alzh2.html>
- Beauvoir, S. *A Velhice*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1990.
- Bossi, E.. (1994). *Memória e sociedade – lembranças de velhos*. 3 ed. São Paulo: Cia da Letras,.484p.
- Delors, J. (coord) *et alii* (1999). *Educação: um tesouro a descobrir*; Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. São Paulo: Cortez; Brasília, DF:MEC UNESCO.

- Ferrari, M.A.C.(2004). *Envelhecimento e Bioética: O respeito à autonomia do idoso*. A Terceira Idade/Serviço Social do Comércio.São Paulo: SESC-GETI, v. 15, nº 31, p.38-53, set.2004.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra,
- Freitas, L. C. B. (1994). *Rejuvenescer a Velhice: Novas dimensões da vida*. Brasília: Ed. UNB.
- Jeckel-Neto, E.A.: Cunha, G.L. da. (2002). *Teoria Biológicas do Envelhecimento*. Em Freitas, E.V. de. et al. (Orgs)Tratado de Geriatria e Gerontologia (13-19). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Kachar, V. (2001). *Longevidade: um novo desafio para a Educação*. São Paulo: Cortez.
- Lima, M. P. (2000). *Gerontologia Educacional Uma pedagogia específica para o idoso – Uma nova concepção de Velhice*. São Paulo: LTr.
- Mittler P. (2003). *Educação Inclusiva: Conceitos sociais*. Porto Alegre: Artmed.
- Neves, L.A. (2000). *A Memória, história e sujeito: substratos da Identidade*. História Oral, n. 3, p. 109-116.
- Papaléo Netto, M. (2002). *O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos*. Em Freitas, E.V. et al. (Orgs). Tratado de Geriatria e Gerontologia (pp.02-12) Rio de Janeiro:Guanabara Koogan,
- Pavon, P. (2001). *Mercado descobre que os anos dourados começam aos 60*. Folha de São Paulo, caderno B1, 30 de abril.

Pollack, M. (1992). *Memória e Identidade social*. Revista Estudos Históricos, v. 5, n. 10, p. 200-215.

PRETI, D. (1991). *A linguagem dos idosos*. São Paulo: Contexto.

Reifler BV, Teri L, Raskinde M, et al. (1989). *Double-blind trial of imipramine in Alzheimer's disease patients with and without depression*. Am J Psichiatri; 146: 45-49.

SINGER, D. (2002). *Psicoanálisis y gerontología*. Revista Kairós Gerontologia, Caderno Temático 2, São Paulo: Educ.