

**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE SERGIPE - FANESE**  
**CURSO DE PÓS – GRADUAÇÃO, ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**  
**PÚBLICA E DA FAMÍLIA**

**CAROLINA PAMPONET DA CUNHA BELTRÃO**

**MEIOS DE PREVENÇÃO DE ACOMETIMENTOS DE TRANSTORNOS MENTAIS:**  
**DEPRESSÃO E DEMÊNCIA NO IDOSO EM RELAÇÃO À SUA AUTONOMIA**  
**FÍSICA**

**Aracaju**  
**2012**

**CAROLINA PAMPONET DA CUNHA BELTRÃO**

**MEIOS DE PREVENÇÃO DE ACOMETIMENTOS DE TRANSTORNOS MENTAIS:  
DEPRESSÃO E DEMÊNCIA NO IDOSO EM RELAÇÃO À SUA AUTONOMIA  
FÍSICA**

Artigo apresentado a Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe como um dos pré-requisitos para obtenção de especialista (gestão), em saúde pública e da família.

**Aracaju  
2012**

**CAROLINA PAMPONET DA CUNHA BELTRÃO**

**MEIOS DE PREVENÇÃO DE ACOMETIMENTOS DE TRANSTORNOS MENTAIS:  
DEPRESSÃO E DEMÊNCIA NO IDOSO EM RELAÇÃO À SUA AUTONOMIA  
FÍSICA**

Artigo apresentado a Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe como um dos pré-requisitos para obtenção de especialista (gestão), em saúde pública e da família.

Aprovada em / /

**BANCA EXAMINADORA**

Cristina Reiss

Nome do (a) orientador (a)

Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe

## **Resumo**

Este estudo tem como objetivo apresentar os possíveis meios de prevenção de acometimentos de transtornos mentais em idosos, mais especificamente demência e depressão considerando sua autonomia física. Sabendo que o envelhecer no Brasil alcança níveis cada vez mais elevados, onde em 2030, existirão aproximadamente quarenta milhões de idosos, na sua grande maioria, vitimados por doenças crônico-degenerativas e incapacitantes se nada for realizado na tentativa de minimizar esses riscos. O envelhecimento é um fenômeno demográfico etário mundial. O Brasil passa pelo processo de transição epidemiológica, porém de forma diferente do observado nos países desenvolvidos. O objetivo não é apenas prolongar a vida, mas principalmente a manutenção da capacidade funcional e psíquica de cada indivíduo permanecendo autônomo e independente a maior parte do tempo possível. Sendo necessário garantir: acesso universal aos cuidados primários, políticas públicas para os fatores de risco, estímulo de vida saudáveis. As representações da velhice-estado são principalmente representados aos limites da vida: doença, sofrimento, decrepitude. Dessa forma, a educação em saúde na velhice com efetivação do direito à vida, à educação, à cultura esporte lazer à cidadania com estímulos ambientais, físicos, mentais, convivência comunitária e proteção do estado e da família.

**Palavras – chave: Envelhecimento; Demência; Depressão; Autonomia.**

## **Abstract**

This study aims to present possible ways of preventing bouts of mental disorders in the elderly, dementia and depression more specifically considering the autonomy physical. Knowing aging in Brazil reach increasingly higher levels, where in 2030, there will be approximately forty million elderly people, the vast majority of victims of chronic diseases and disabling if nothing is done in an attempt to minimize these risks. Aging is a global age demographic phenomenon. Brazil is going through the process of epidemiological transition, but in a manner different from that observed in developed countries aimed only prolongs life, but mainly the maintenance of functional capacity and mental state of each individual remain autonomous and independent most of the time possible. Is necessary to ensure: universal access to primary care, public policies for risk factors encouraging healthy lifestyles. The

representations of old age states are mainly represented the limits of life: illness, suffering, decrepitude. These way education in health in old age with ensuring the right to life, education, culture, leisure sport to citizenship to environmental stimuli, physical mental, community life and protection of the state and the family.

**Keywords: Aging; Dementia; Depression; Autonomy**

## **1. Introdução**

É crescente o número cada vez maior da população idosa, envelhecendo em condições precárias, onde a qualidade de vida dessa população enfrenta níveis cada vez mais preocupantes. Vive-se mais, convivendo com doenças crônico-degenerativas. A situação dos idosos no Brasil tem se tornado cada vez mais uma questão de saúde pública. O estudo parte da observação de um país cada vez mais envelhecido reflexo de uma sociedade mal assistida, marginalizada pela política.

Simões (1984), considera que, o processo da senescência varia de acordo com cada órgão, parte ou sistema do corpo e tem relação direta com as condições capazes de acelerar ou retardar esse ritmo. Bem como, condições físicas internas, forma de vida aspectos ambientais e sócio-econômicos.

Segundo Costa (1998), no Brasil, a sociedade considera “normal”, o indivíduo envelhecer sem entrar em contato com novos papéis sociais. Sendo importante a tentativa de criar novos papéis, fazendo parte, o empreendimento criativo do indivíduo com ajuda do estado. O idoso em decorrência de anos de experiência carrega angústias, ocorrendo desestrutura emocional então a recuperar papéis sociais. Sendo esse necessário e demorado se não for realizado de forma preventiva.

Sabendo que, o aumento populacional dessa faixa etária está cada vez mais evidente no Brasil e a falta de assistência adequada é que esse estudo ganha sentido. A prevenção de acometimentos psíquicos se torna urgente em relação a falta de estímulos motores, ambientais e sociais, iniciados muitas vezes por processos de isolamento, ocorrendo em alguns casos situações de imobilidade física com seus riscos e debilidade psíquica, vindo a iniciar um

processo patológico como depressão e demência de Alzheimer. Dessa forma, têm-se como objetivo através de uma revisão bibliográfica demonstrar os possíveis meios de prevenção de acometimentos mentais e patologias incapacitantes na tentativa de produzir um envelhecer saudável.

## **2. Um breve histórico sobre o envelhecer no Brasil**

As mudanças ocorridas na estrutura populacional em um País em rápido processo de envelhecimento trazem uma série de desafios para os quais o País não está preparado.

O desafio saúde-envelhecimento-qualidade de vida é de todos envolvidos no processo. O desafio é da família, principalmente, o desafio da promoção de saúde e recursos humanos em geriatria e gerontologia.

Segundo Nascimento (2006), a população e a família brasileira tem passado por muitas transformações, acompanhando os acontecimentos históricos, econômicos e demográficos, ocorridos ao longo do século, onde nas últimas décadas foram observadas na diminuição da fecundidade e mortalidade, no aumento da expectativa de vida, proporcionada por melhores condições de vida e saúde. A vida familiar vem se modificando. É um dado estatístico; desde o primeiro censo em 1872, até os dias de hoje, em um País que tem se transformado a cada tempo, a conhecer a evolução de sua população.

É importante ressaltar que a fecundidade é o principal componente da densidade demográfica, em relação à população idosa. É então a longevidade que vem definindo sua evolução, ocorrendo crescimento proporcional dos grupos etários elevados, levando a uma superposição entre as etapas, diminuição da mortalidade por doenças transmissíveis e aumento das crônico-degenerativas, que somadas aos anos de exposição torna os idosos mais vulneráveis. Como afirma Beauvoir (1974), “Vive-se ainda hoje uma sociedade de consumo, onde trata os idosos como párias, condenando-os à miséria, a solidão e ao desespero, antes de tudo exige-se deles a serenidade, o que autoriza o desinteresse por sua infelicidade.” Sendo ainda real essa situação nos dias de hoje, também por falta de políticas públicas de saúde coerente. Esse processo é visível ainda hoje, mas, não viável.

Segundo Nascimento (2006), dois acontecimentos foram importantes na mudança histórica estrutural populacional, primeiro fator foi a legalização do divórcio, que no Brasil se tornou lei em 1977. O segundo foi o surgimento da pílula anticoncepcional, que garantiu aos homens e mulheres, principalmente, alternativa de uma vida sexual desvinculada da paternidade-maternidade, onde separa a sexualidade da reprodução. O número de filhos começa a ser previsto ou planejado, a reprodução dissocia-se do casamento e finalmente a sexualidade da reprodução. Estas transformações formaram a base do novo processo de evolução do envelhecer atual.

Então, aproximadamente em 2030, seguindo o processo da pirâmide etária e IDH (índice de desenvolvimento humano), existirão quarenta milhões de idosos, vivendo em condições não muito melhores que as de hoje. O artigo terceiro do estatuto do idoso afirma ser obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer ao trabalho e à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito a convivência familiar e comunitária. Entendendo que esse processo normal, fisiológico do envelhecimento, só se torna possível com integridade das funções psíquicas e físicas.

Rizzo e Schael (2008), asseguram que o envelhecimento é um fenômeno demográfico etário mundial que levou a uma mudança na estrutura da população, com aumento do peso relativo das pessoas acima de sessenta anos. Quando se fala sobre doenças presentes na terceira idade, é importante lembrar a parcela que cabe os transtornos mentais: síndromes depressivas e demências, levando a mudanças comportamentais.

## 2.1. A corporeificação no corpo idoso: da educação do corpo ao equilíbrio do espírito

O corpo humano, como um todo segundo Ehrenfried (1991), está em desequilíbrio instável. Trata-se da antiga luta contra a gravidade, o ser humano procura endireitar-se e a terra o atrai, sem que ele saiba apoiar-se sobre ela. Esse problema complica-se ainda mais por tratar-se de um corpo cujas diferentes partes são móveis umas em relação às outras através das articulações; seria mais simples se o corpo fosse rígido. Mas a sua mobilidade ficaria comprometida. Fazendo uma analogia de mobilidade, independência física e a corporeificação

do corpo idoso, onde este revela a história pessoal, os segredos, os traumas e os triunfos dos dias passados, todos corporeificados em ligamentos e músculos e expressos na postura, nos movimentos. Sendo o movimento corporal resultado das emoções; no idoso as atividades corporais refletem não só o seu estado interior, mas também o resultado de uma vida toda.

## 2.2. Envelhecimento: Angústias e Defesas

O significado do envelhecer é bastante complexo, suas perspectivas, exigências e transformações do ponto de vista biopsicossocial. Apesar de o envelhecimento apresentar características comuns aos indivíduos. Almeida e Forlenza (1997), alertam que não se pode isolar a problemática do envelhecimento de uma problemática geral de personalidade. Existe uma plasticidade individual, sendo o envelhecimento uma experiência heterogênea, dependente de como cada pessoa organiza seu curso de vida.

De qualquer forma o processo do envelhecer é freqüentemente acompanhado de tensões internas que, aliadas às externas, exigem esforço adaptativo constante do ponto de vista psíquico.

Quando se pensa na velhice ou envelhecimento, inevitavelmente se coloca em perspectiva a proximidade da morte, não apenas da morte física, muito embora o envelhecimento do corpo (biológico), concretize com o tempo.

Conforme Costa (1998), o conflito psicossocial básico da velhice é a integridade ego x desespero, onde pode existir a perda de si mesmo, da própria identidade, de tudo aquilo que se investiu, exigindo uma elaboração do luto do próprio eu. O processo de envelhecimento demanda um processo de maturação psíquica.

O idoso passa a preocupar-se com questões essenciais, tais como: a sua sobrevivência, a sua alimentação, esquecendo-se daquelas “coisas” antes consideradas essenciais como o vestuário, a aparência física e o convívio social com todos os seus estímulos ambientais (ruídos, sons, formas, texturas), podendo ocorrer a perda da auto-estima e o isolamento social.

O efeito inevitável da idade inverte a seqüência dos fatores do desenvolvimento,

introduz a noção da retrogênese. Segundo Fonseca (1980) a involução geneticamente programada vai se dar do córtex a medula, do complexo ao mais simples, do voluntário ao automático, conseqüentemente desorganização vertical descendente.

O processo final da evolução é a involução, ou seja, o inverso da evolução, sendo observável uma lentidão de respostas características e em alguns casos a não adaptação à nova situação psicomotora do envelhecimento.

O envelhecimento tem, sobretudo, uma dimensão existencial e, como todas as situações humanas, modifica a relação do homem com o tempo, com o mundo e com sua própria história revestindo-se não só de características biopsíquicas, como também sociais e culturais. (BEAUVOIR, 1974)

Simões (1984), considera que a velhice pode ser entendida como um fator individual, dessa forma é possível entender por que alguns aos trinta anos já se sentem “velhos”, enquanto outros, aos oitenta anos, sentem-se extremamente lúcidos, felizes, capazes de muita produção.

### 2.3. Acometimentos de transtornos mentais: demência e depressão no idoso

Os transtornos de humor são uma das desordens psiquiátricas mais comuns em idosos, sendo responsáveis pela perda da autonomia e pelo agravamento do quadro patológico preexistente, se houver.

Uma boa capacidade adaptativa prévia é um pré - requisito básico para lidar com as perdas e ameaças reais que ocorrerão posteriormente.

Almeida e Forlenza (1997), afirmam que a demência é um dos problemas de saúde mais prevalentes entre idosos com 3 a 5% dos indivíduos sendo afetados após os sessenta anos e 20 a 40% após os oitenta anos. As alterações do funcionamento cerebral que servem de base ao quadro demencial expressam-se através de distúrbios cognitivos, motores, sensoriais e comportamentais. São então, os distúrbios de comportamento que causam maior estresse ao paciente e àqueles responsáveis pelo seu cuidado. Essas alterações podem vir acompanhadas de sintomas psicóticos. Assim, a doença de Alzheimer é utilizada como modelo de síndrome

demencial, ocorrendo transtornos como: delírios, alucinações, alterações do humor, distúrbios neurovegetativos e distúrbios de atividade psicomotora, em alguns casos, agressividade física associada a presença de inquietação motora, e alucinações. As causas de agitação psicomotora são várias, como: desorientação no tempo e no espaço, depressão e relação problemática com o cuidador.

É observado tendência ao esquecimento de fatos recentes e dificuldade para registrar novas informações à medida que há progressão da doença, o indivíduo passa a ter dificuldades para registrar novas informações, desencadear tarefas simples da vida diária e prática, tornando-se dependente do cuidador ou familiar.

Queixas subjetivas de falhas de memória são extremamente comuns na população e sua prevalência aumenta com o avançar da idade, ocorrendo mudanças cognitivas próprias do envelhecimento associado à depressão, insegurança e à presença de demências. Na demência de Alzheimer traça-se diretamente a relação autonomia e memória.

Ocorre com frequência sentimentos de impotência, desamparo, fragilidade e falta de perspectiva futura, encontra-se com frequência a expressão: ‘morte em vida’.

A memória de forma geral quer no indivíduo adulto, quer no idoso, encontra-se vinculada a relações como: afetividade, a significação e a vontade de esquecer. Os idosos de forma geral tendem a se lembrar com mais facilidade de acontecimentos passados, por esses terem sido mais bem sucedidos, desligando-se do momento presente, o qual vêm emocionalmente desestruturado. (VARGAS, 1994)

Atualmente, surge o termo “epidemia depressiva”, e vem aumentando sua crescente incidência, a expressão vem se tornando um sinônimo do mal estar contemporâneo. Surge então, o desafio da qualidade de vida, sobretudo na terceira idade: como acrescentar vida aos anos e não anos à vida.

Segundo Demétrio, Humes e Tung Teng (2005), a presença da depressão piora diversos fatores relacionados à saúde em paciente clínicos. Estudos recentes descreveram maior mortalidade associada a sintomas depressivos em pacientes idosos com doenças crônicas, onde a presença de comorbidades clínicas com transtornos depressivos ansiosos

aumenta mais dias de incapacitação do que a soma dos efeitos individuais das doenças clínicas.

Blay e Marinho (2007), afirmam que a depressão é um dos eventos psíquicos mais comuns neste grupo etário, ocorrendo alterações nos sistemas químicos do cérebro, como nos neurotransmissores, a noradrenalina e a serotonina. Então a depressão no idoso pode surgir devido a vários fatores: constituição genética, fatores ambientais, ocupacionais, sociais e culturais, eventos vitais como luto e abandono. As mulheres são mais propensas a acometimentos, os asilados, solteiros, e os viúvos.

A depressão, não compreende apenas tristeza passageira, que ocorre em função de alguma adversidade da vida, ocorre perda da qualidade de vida, associado ao isolamento social. São sintomas: humor deprimido, irritabilidade, tristeza, desânimo, sentimento de abandono, sentimento de inutilidade, diminuição da auto-estima solidão, anedonia (perda do prazer em viver), idéias depreciativas, idéias de morte e suicídio, dores variadas, ocorrendo em alguns casos fibromialgia, associada, que vem a ser a materialização da depressão (psiquê) no corpo físico.

Almeida e Forlenza (1997), consideram que os sinais e sintomas da depressão no idoso não são iguais a outras faixas etárias, nota-se: menos deprimido e mais anedonia, menos sintomas psicológicos e mais somáticos, maior presença de déficit cognitivo que pode interferir na memória e no boom de uma demência e maior associação da depressão com doenças físicas. O apoio social e da família é importante aliado na cura da depressão.

#### 2.4. A importância da prevenção de acometimentos mentais no idoso, que interferem na sua qualidade de vida e autonomia física

Apesar das mudanças ocorridas no cenário nacional em relação às políticas de proteção social ao idoso, e a Lei Orgânica 8.080 de 1990 onde a saúde da população é um conjunto de direitos sociais tais como: paz, cidadania, educação, trabalho, justiça, moradia, alimentação, transporte e lazer. Estas ainda se apresentam muito restritas a ofertas de serviços e programas de saúde pública. O estado tem um papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS (sistema único de saúde).

A PSNI (Política Nacional de Atenção ao Idoso) visa permitir um envelhecimento saudável que significa preservar sua capacidade funcional, autonomia e manter a qualidade de vida.

O declínio gradual das funções físicas e mentais, o impacto do envelhecimento e das doenças, o idoso tende a ir alternando seus hábitos de vida e rotinas diárias por atividades e formas de ocupação pouco ativas. Os efeitos associados à inatividade e a má adaptabilidade são muito sérios, podendo acarretar numa redução do desempenho físico, habilidade motora, capacidade de concentração, reação, coordenação, perda da motivação. A imobilidade segundo Abrass, Kane e Ouslander (1985), pode conduzir a complicações em quase todos os sistemas orgânicos. A inatividade prolongada tem conseqüências adversas físicas e patológicas. Os pacientes idosos imobilizados geralmente tornam-se deprimidos, são privados de estímulos ambientais e em muitos casos demenciam. Então, quanto mais ativos os idosos, maior interesse pela vida.

Paz (1990), aborda que é necessária uma adequação do movimento, sendo o movimento um dos fenômenos essenciais vida, ocupa importante papel, sendo a atividade física e recreativa essencial, com seu aspecto lúdico e cognitivo, interferindo no físico, no motor, promovendo o interesse à socialização, sabendo que a atividade física libera endorfinas e aumenta a serotonina, responsáveis pelo humor e sensações de bem estar e prazer. tornando a motivação ponto crucial nesse processo.

A atividade física e a função emocional estão quer de forma específica ou geral entrelaçadas. É comprovado que a prática regular de exercícios físicos e outros hábitos saudáveis, ajudam os idosos a desenvolver a autonomia, como aulas de música, pintura, preenchendo as necessidades do domínio do ambiente, aumentando o auto-conceito. A saúde física e psicológica é determinante na qualidade de vida da velhice, os ateliês de desenho, teatro, canto música e modelagem são bons exemplos.

A respiração diafragmática ocupa papel primordial favorecendo contato com o “eu” subjetivo, podendo acompanhar exercícios aeróbicos conjuntamente, elevação e abdução de membros superiores, em simbiose, coordenando com o ritmo respiratório. No contato com o subjetivo, consegue-se o auto-conhecimento e aumento da auto-estima.

O ser humano nasce, cresce e se desenvolve em grupo, no grupo ele aprende se modifica e se diferencia sendo as atividades grupais as mais benéficas. Atividade física regular e orientada é reconhecida como fator geral na preservação da saúde e manutenção do movimento, com orientações de ergonomia, favorecendo a musculatura, alongamento e equilíbrio, prevenindo quedas, diminuindo a ansiedade e depressão, melhorando o sono, condição cardiopulmonar, a natação, hidroterapia, caminhada, pilates, Yoga, são bons exemplos.

Segundo Ehrenfried (1991), sentimo-nos incapazes de distinguir causa e efeito, mas adquirimos a certeza de que não devemos ocupar-nos do corpo ignorando o psiquismo e vice-versa, atingimos assim a entidade psicossomática.

Descobriu-se que novos neurônios continuam sendo gerados no cérebro adulto de diversas espécies animais, principalmente mamíferos, estudos demonstram que diversos fatores ambientais, inclusive o estresse interfere na neurogênese.

Guimarães (2009), enfatiza que o cérebro adulto pode se regenerar, respondendo a estímulos. A neurogênese é real, as doenças neurovegetativas são relacionadas com a idade, níveis de plasticidade são observados, é concentrados esforços do sistema nervoso central e a inesperada adaptabilidade a estímulos ambientais, melhorando a aprendizagem e memória.

Segundo Calil *et al* (2005), a neurogênese estaria envolvido na fisiopatologia da depressão. Dessa forma, manipulações da neurogênese no sentido de aumentá-la pode se tornar mais uma alternativa terapêutica em depressão.

A mudança de rotina, de hábitos da vida prática cotidiana interfere diretamente na prevenção da depressão e demência. Segundo Borella e Sacchelli (2009), a neuroplasticidade dentre suas muitas definições, pode ser a capacidade de adaptação do sistema nervoso, especialmente à dos neurônios às mudanças e condições do ambiente que ocorrem diariamente na vida dos indivíduos. Neste caso torna-se essencial um programa de direcionamento visando a promoção e prevenção em saúde que inclua atividades funcionais levando o corpo ativo, autônomo respeitando as limitações próprias da idade e a psiquê em consonância com o corpo vivido, ajustado na sua nova situação, troca de lado, no

desenvolvimento de atividades, o destro utilizando o lado esquerdo e vice-versa, troca de objetos de lugares, estimulando a memória e áreas cerebrais pouco ativadas, dessa forma, o trabalho com a equipe interdisciplinar se torna urgente: médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, professores de educação física, assistentes sociais, psicólogos; na busca da autonomia mental e funcional.

### **3. Considerações Finais**

O presente estudo permite evidenciar a necessidade e efetivação nos serviços de saúde, na área de saúde do desenvolvimento de ações destinadas a promoção e prevenção de saúde na terceira idade de patologias relacionadas ao envelhecer propriamente dito. É nítido que essa prevenção deveria ser iniciado desde a idade pré escolar, com educação em saúde, responsabilidade do governo e do estado. Assim, a atividade física deveria fazer parte das atividades da criança. Aliviando as tensões do dia-a-dia, promovendo a coordenação motora e mental necessária para toda vida, assim como, estimulando o saber lidar com o ganhar e perder, tendo efeito na melhora na auto-estima e socialização. Sabendo da estreita ligação do psiquismo com o físico é que se torna necessária e real a intervenção, os meios de prevenção das doenças mentais, instalada na sua grande maioria por falta de estímulos externos e ambiente social favorável se tornando não mais um meio e sim um fim do processo de imobilidade, demência e depressão no idoso com mudança no panorama social.

#### 4. Referências

- ABRASS, Itamar B; Kane, Robert L; OUSLANDER, Joseph G. **O essencial em clinica geriátrica**. Tradução por Martha Muller, Rometi Araf. S. Paulo: Andrei, 1985.
- ALMEIDA, Osvaldo P.; FORLENZA, Orestes V. **Depressão e demência no idoso**. Tratamento psicológico e farmacológico. Lemos Editorial, 1997.
- ÁVILA, Renata; BOTTINO, Cássio Machado de Campos. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. **Revista brasileira de psiquiatria**, 2006.
- BEAUVOIR, Simone. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1974.
- BLAY, Sérgio Luís; MARINHO, Valeska. Depressão na terceira idade. **Revista brasileira de Medicina**, 2007.
- BORELLA, Marcela de Pinho, SACCHELI, Tatiana. Os efeitos da pratica de atividades motoras sobre a neuroplasticidade. **Revista de neuroc**, 2009.
- BRASIL, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Direitos fundamentais do estatuto do idoso**. Título I – das disposições preliminares. Título II – dos direitos fundamentais.
- CALIL, Helena Maria *et al.* Neurogênese e depressão: etiologia ou nova ilusão? **Revista Brasileira de Psiquiatria**. S. Paulo, v. 27. 2005.
- COELHO, Flávia Gomes de Melo et al. Atividade física sistematizada e desempenho cognitivo em idosos com demência de Alzheimer. **Revista brasileira de psiquiatria**, vol. 31, 2009.
- COSTA, Elisabeth Maria Sene. **Gerontodrama: a velhice em cena**. S. Paulo: Editora Ágora, 1998.
- COSTA, E. F. A.; PORTO, C.C.; SOARES, A. T. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. **Revista da UFG** (Universidade Federal de Goiás), vol. 5, nº 2, 2003.
- DEMÉTRIO, Frederico Navas; HERMES, Eduardo de Castro; TUNG, Teng Chei. Depressão e comorbidades clinicas. **Revista de psiquiatria clinica**, 2005.
- DIAS, Álvaro Machado. **Reserva cognitiva: o novo conceito de plasticidade neural associada a funções superiores, neurociências**. Vol. 6, nº 1, 2010.
- ENRENFRIED, L. **Da educação do corpo ao equilíbrio do espírito**. S. Paulo: Summers Editorial, 1990.
- FILHO, Eurico Thomaz de Carvalho; NETO, Matheus Papaléo. **Geriatrics, fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1996.
- FONSECA, V. Factores Psicomotores à luz da A.R. Luria: **Centro de investigação em**

**educação especial.** IAACF, 1980.

GUIMARÃES, Leila Tannous. Interface da neurociência com a psicanálise. **Revista brasileira de psicanálise.** Vol. 43, nº3, S. Paulo, 2009.

HAYFLICK, Leonard PhD. **O envelhecimento da cabeça aos pés:** como e por que envelhecemos. Tradução por Ana Beatriz Rodrigues et al. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

KALACHE, Alexandre; RAMOS, Luis Roberto. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista de Saúde Pública.** Vol. 21, nº 3, S. Paulo, 1987.

LÉGER, J. M.; MOUTY, M. D.; TESSIER, J. F. **Psicopatologia do envelhecimento: assistência as pessoas idosas.** Rio de Janeiro: Edvozes, 1994.

MELLON, Nancy. **Corpo em equilíbrio.** Ed. 01. São Paulo: Editora Pensamento - Cultrix LTDA, 2009.

MORI, Guilherme and Silva; FERREIRA, Luciene. Lazer na terceira idade: desenvolvimento humano e qualidade de vida. **Revista de educação física.** S. Paulo, vol. 16, 2010.

NASCIMENTO, Arlindo Mello do. População e família brasileira: ontem e hoje. **Revista brasileira.** 2006.

PAZ, C. Raul Lorda. **Os anciãos:** educação física e recreação para terceira idade. Porto alegre: Sagra, 1990.

RIZZO, Daniela Chiani; SCHAEEL, Virginia Torres. Representações sociais de cuidados principais do paciente com demência. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul.** Vol. 30, nº, Porto Alegre, 2008.

SIMÕES, Regina. **Terceira idade. Conceitos e pré-conceitos: corporeidade e terceira idade.** São Paulo: UNIMEP, 1984.

VARGAS, Heber Soares. **Velhice e envelhecimento:** psicogeriatría geral. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 1994.

VECCHIA, Roberta Dalla et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista brasileira de psiquiatria.** S. Paulo, vol. 10, nº 4, 2007.