

2. Envelhecimento

2.1. Dados estatísticos sobre o envelhecimento da população brasileira

Do ponto de vista demográfico, uma população envelhece quando a sua taxa de crescimento considerada idosa é superior à da população jovem por um período sustentado de tempo. Conseqüentemente modifica-se a estrutura etária, aumentando a participação relativa dos idosos no total da população, ampliando a razão entre a população idosa e jovem e elevando a idade média da população (Moreira, 2000).

Segundo Melo (1998), geralmente para os países desenvolvidos, onde a expectativa média de vida é maior, costuma-se adotar os 65 anos como limite mínimo. Já para os países em desenvolvimento têm-se como limite 60 anos. Neri (1991) descreve que a idade cronológica é um indicador excessivamente grosseiro para o envelhecimento, visto que este é um processo biológico, psicológico, sociológico e cultural. Porém para Melo (1998) este critério deve ser visto como uma padronização necessária, por meio da qual pode-se elaborar uma caracterização das condições de vida e de saúde desta população, bem como diagnosticar diferenciais regionais e de classes sociais. Portanto, a definição cronológica de idoso será utilizada para representar dados demográficos sobre o envelhecimento e expectativa de vida.

Barreto (1992) destaca que de todos os fenômenos contemporâneos, o menos contestável, o de marcha mais segura, o mais fácil de ser previsto com grande antecedência e talvez o mais carregado de conseqüência é o envelhecimento da população.

Com o aumento da longevidade (expectativa de vida) e principalmente com as baixas taxas de fecundidade, o Brasil está deixando de ser caracterizado como um país de jovens, tornando-se um país em constante envelhecimento populacional (alteração de sua estrutura etária). Segundo a *United Nations* (2005), até 2050, 33 países esperam ter mais de 10 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, com destaque para 5 países que terão mais de 50 milhões de pessoas idosas cada um: China (437 milhões), Índia (324 milhões), os Estados Unidos da América (107 milhões), Indonésia (70 milhões) e Brasil (58 milhões).

2.1.1. Aumento da expectativa de vida

A ciência médica, avanços da biologia e da química contribuíram para a prolongação da vida e, portanto para uma possibilidade mais generalizada de “chegar à velhice” (Barreto, 1992). Para Camarano (1999) esse aumento da longevidade deve ser reconhecido como uma conquista social, que se deve também em grande parte ao progresso da medicina junto a uma cobertura mais ampla dos serviços de saúde. Neste sentido, têm se um dos fatores que determinam o envelhecimento populacional, ou seja, com a redução da taxa de mortalidade ocorre conseqüentemente o aumento da esperança de vida (longevidade).

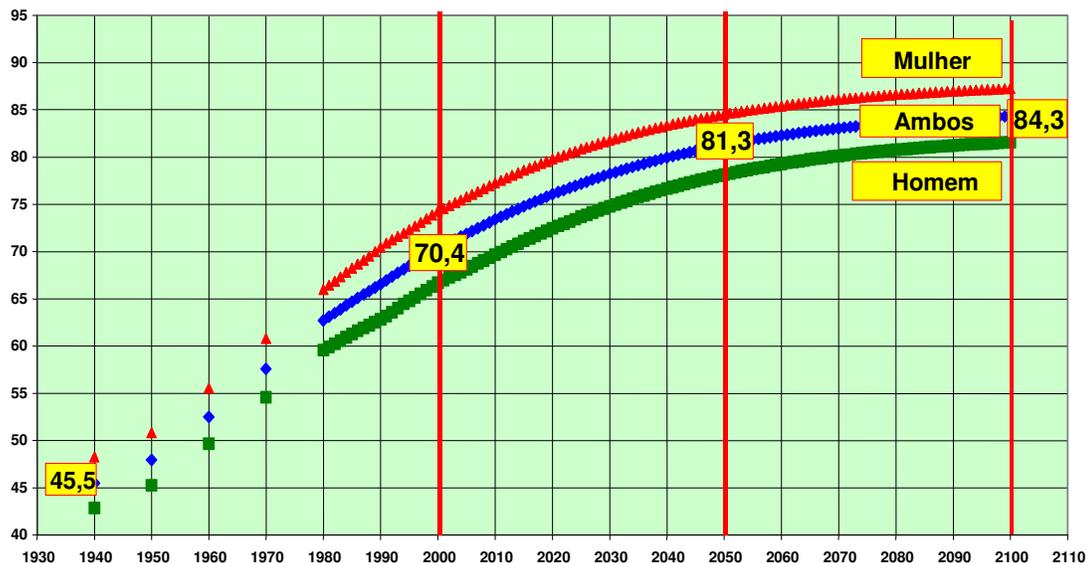


Figura 1: Evolução da esperança de vida ao nascer
Fonte: IBGE, Censos Demográficos 1950-2000. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050 - Revisão 2004.

O gráfico acima demonstra claramente a tendência de aumento da longevidade populacional brasileira, destacando um ganho médio (ambos sexos) de 10,9 anos comparando 2000 à 2050.

2.1.2. Queda da fecundidade

A taxa de fecundidade é interpretada como o número médio de filhos nascidos vivos por mulher ao completar 50 anos de idade. (Barreto, 1992)

Segundo Moreira, a queda da fecundidade é a determinante chave do envelhecimento demográfico brasileiro, desempenhando a mortalidade um papel discreto. Em termos relativos a fecundidade responde por quase 70% do movimento de envelhecimento demográfico nacional, enquanto a mortalidade, a inércia populacional e a interação destes fatores respondem em torno de 10%, cada um.

O crescimento demográfico brasileiro, do qual resulta uma grande participação da população idosa, se caracterizou por elevadas taxas de crescimento nos anos de 50 e 60. A partir daí essas taxas têm-se reduzido continuamente, e estima-se que o envelhecimento da população brasileira se acentuará nas próximas décadas (Camarano, 1999).

Taxas de fecundidade total por quinquênio	
Quinquênios	Taxas de fecundidade total
1950-1955	6,15
1955-1960	6,15
1960-1965	6,15
1965-1970	5,38
1970-1975	4,72
1975-1980	4,31
1980-1985	3,80
1985-1990	3,10
1990-1995	2,60
1995-2000	2,45
2000-2005	2,35
2005-2010	2,25
2010-2015	2,16
2015-2020	2,09
2020-2025	2,02
2025-2030	1,95
2030-2035	1,90
2035-2040	1,85
2040-2045	1,85
2045-2050	1,85

Tabela 1: Taxas de fecundidade total por quinquênio
Fonte: IBGE e Celade: valores obtidos a partir da metodologia descrita.

Segundo o IBGE (2005) a fecundidade no Brasil foi diminuindo ao longo dos anos, basicamente como consequência das transformações ocorridas na sociedade brasileira, de modo geral, e na própria família, de maneira mais particular. Com isso, a fecundidade, em 1991, já se posicionava em 2,89 filhos por mulher e, em 2000, em 2,39 filhos por mulher. Com base no conjunto de estimativas da fecundidade no Brasil foi possível estabelecer a provável trajetória futura desta variável demográfica: com os devidos ajustes inerentes ao processo de modelagem, a fecundidade limite brasileira seria de 1,85 filhos por mulher, valor alcançado por volta de 2037.

2.1.3. Modificações na pirâmide etária

Segundo o IBGE (2005) o efeito combinado da redução dos níveis da fecundidade e da mortalidade no Brasil resultou na transformação de sua pirâmide etária, sobretudo a partir de meados de 1980. O formato tipicamente triangular, com uma base alargada, está cedendo lugar a uma pirâmide populacional característica um franco processo de envelhecimento.

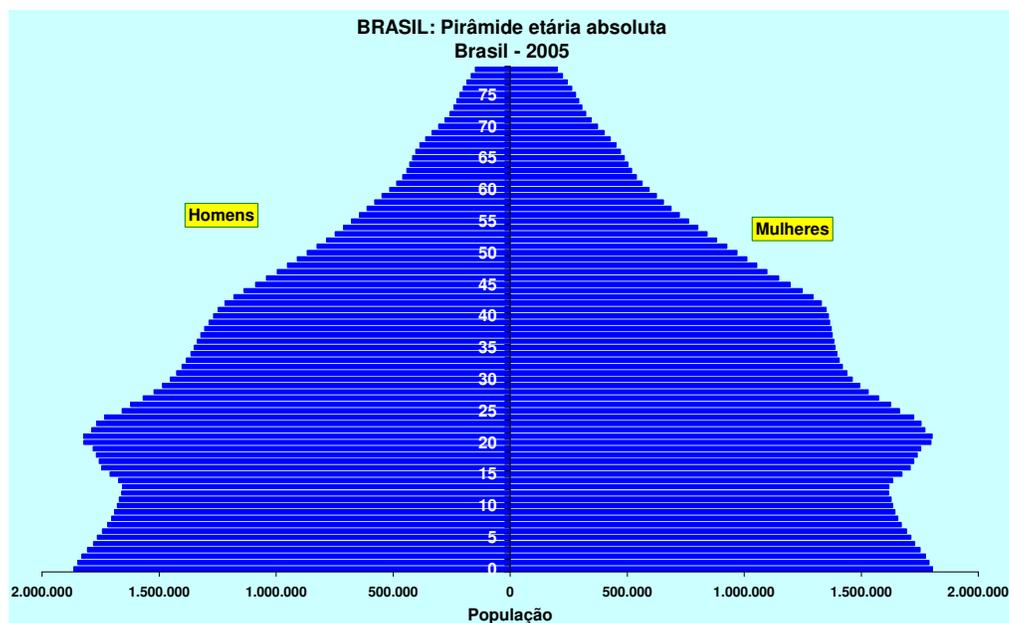


Figura 2: Pirâmide etária absoluta de 2005 (Brasil)
Fonte: IBGE

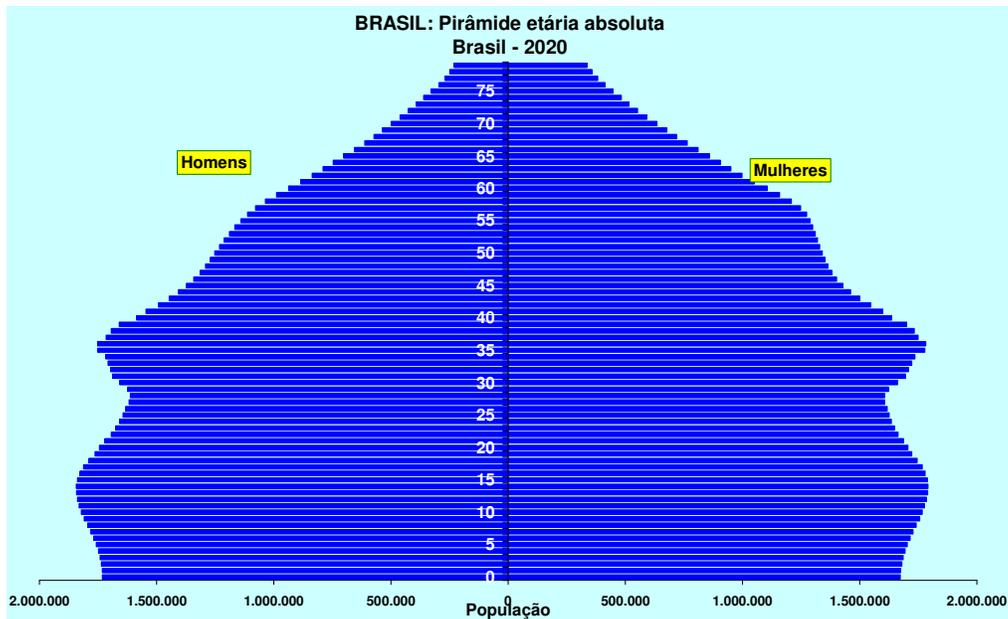


Figura 3: Pirâmide etária absoluta de 2020 (Brasil)
Fonte: IBGE

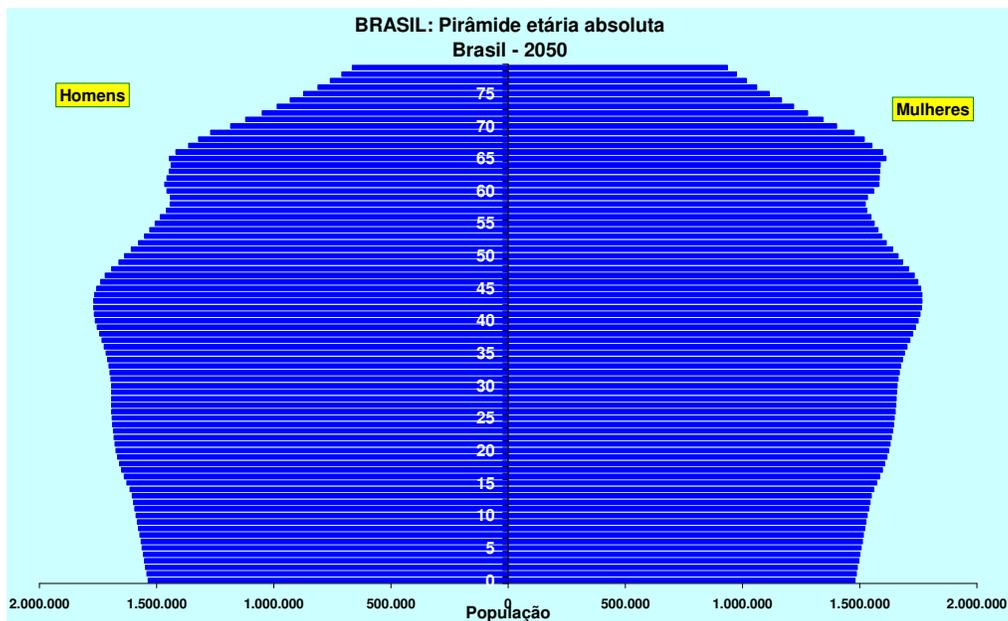


Figura 4: Pirâmide etária absoluta de 2050 (Brasil)
Fonte: IBGE

2.1.4. Localização do contingente idoso no Brasil

Quanto à localização do contingente idoso, aponta-se que 46% estão localizados na região sudeste (Camarano, 1999). O estado de São Paulo e outros sete apresentam proporções acima de 8,0% de idosos na sua população

total. Já o estado do Rio de Janeiro é o que apresenta maior proporção (9,9%), seguido pelos do Rio Grande do Sul (9,7%) e da Paraíba (9,5%) (Melo, 1998).

Com relação ao Estado do Rio de Janeiro é de conhecimento que este tem apresentado ao longo das décadas uma das menores Taxas de Fecundidade Total – TFT, o que significa dizer, grosso modo, o estado com maior proporção de idosos. Outro fator no caso específico deste estado, é que a esperança de vida ao nascer também pode ser considerada alta (68,8 anos), maior que a encontrada para o Brasil (66,3 anos) em 1991 (Melo, 1998).

2.2.

Limitações físicas e biológicas da população envelhecida

A velhice é associada, em geral, a modificações no corpo, sendo as principais o aparecimento de cabelos brancos e rugas, o andar mais lento, a postura encurvada, a redução da capacidade auditiva e visual. Segundo Camarano (2004) 31,8% e 33,9%, respectivamente, dos idosos brasileiros reportaram alguma dificuldade em ouvir e enxergar. Além disso, outras mudanças internas ocorrem, ocasionando sintomas também desagradáveis (Barreto, 1992).

2.2.1.

Perdas na audição

A perda de audição causada pelo envelhecimento (presbiacusia) é bastante típica e previsível. Inicia-se com a dificuldade em ouvir as consoantes e a não distinguir sons de alta frequência, como vozes femininas, telefones e outras campainhas, principalmente em locais de muito ruídos. A presbiacusia afeta mais homens do que mulheres e o seu processo tem início na faixa dos cinquenta anos, e seu avanço é implacável e insidioso (Rosenfeld, 2002).

Segundo Mansur & Viude (1996, apud Kashar, 2003), na audição, existem perdas funcionais, a partir dos 30 anos, mas, sendo parciais e gradativas, o indivíduo sentirá o impacto do processo cumulativo na terceira idade. Algumas considerações sobre o declínio auditivo:

- a audição diminui com a idade em ambos os sexos;
- nas frequências agudas há maiores perdas;
- zumbido é uma queixa frequente a partir da sexta década;

- pessoas idosas, em situações em que há ruído ambiental e conversas em grupo, necessitam dispor de recursos de atenção para um entendimento do que está sendo falado;

- há baixa tolerância para sons de alto volume e grande intensidade.

2.2.2. Perdas na visão

Segundo Mansur & Viude (1996, apud Kashar, 2003) dentro da fisiologia da visão algumas alterações vão surgindo a partir dos 25 anos:

- dificuldades para discriminar detalhes de objetos próximos;

- dificuldades para leitura;

- diminuição da sensação luminosa e cromática;

- dificuldade para enxergar à noite;

- dificuldade para acomodar a visão nas mudanças rápidas e bruscas entre ambientes com diferentes luminosidades.

De acordo com Moraes e Pequini (2000) A acuidade visual¹ tende a diminuir, progressivamente, a partir dos 30 anos.

A partir dos 40 anos, surge uma condição visual com a “presbiopia” ou “visão cansada”, em que há uma diminuição da qualidade da visão de perto. Este problema acentua-se até a idade de 55 anos, tendendo a estabilizar neste período (Kashar, 2003).

A degeneração macular é a principal causa de perda grave da visão entre pessoas de mais 60 anos. Ela afeta unicamente a visão central e a percepção das cores, portanto a visão periférica não é afetada (Rosenfeld, 2002).

A seguir outros três grandes e graves distúrbios relacionados ao envelhecimento e que causam grande parte dos casos de cegueira e de semicegueira entre os idosos:

-catarata, se deve ao enevoamento do cristalino do olho, que normalmente é transparente, de modo que a luz que chega até a retina não é suficiente. A catarata faz com que a visão fique embaçada. À medida que a catarata piora, as cores parecem menos brilhantes e as letras pequenas se tornam cada vez mais difícil de decifrar (Rosenfeld, 2002).

¹ Acuidade visual é a capacidade de distinguir objetos ou detalhes muito pequenos (Moraes e Pequini, 2000).

- glaucoma, condição em que a pressão intra-ocular desregulada ocasiona lesões progressivas dos nervos ópticos, surgindo lesões de campos visuais cada vez mais graves, podendo terminar em cegueira (Kashar, 2003). Segundo Rosenfeld (2002) ela pode resultar também numa certa perda de visão lateral, dificuldade de ajuste (ao passar de um lugar claro para um escuro) e dificuldade para realizar um trabalho que exija visão de perto.

- processos degenerativos retinianos fisiológicos, que podem ser de dois tipos: agredindo a mácula, que é a área da retina responsável pelo campo visual central, que por ter acuidade muito alta, é utilizado para funções visuais muito precisas como ler, ou agredindo o conjunto da retina, excetuando-se a mácula, afetando uma área extensa, porém de baixa acuidade visual, responsável pelo campo visual periférico. Essa redução de acuidade visual pode ser contornada com óculos para perto “mais fortes” e ótima iluminação para leitura (Cunha & Alves, 1994, apud Kashar, 2003).

A boa discriminação das cores se mantém até, aproximadamente, os 25 anos, seguida por um declínio gradual que se acentua em torno dos 65 anos (BURNHAM et al., 1963, apud Santos 1992). Mudanças na pigmentação ocular, com o aumento da idade e a redução progressiva de transmissão nos meios oculares, resultam numa diminuição da sensibilidade ao contraste e há perdas especialmente na sensibilidade à luz em comprimentos de onda curtos.

Além disso, Fisk et al. (2004) descrevem que a atenção visual (relacionada à busca em displays visuais) e atenção visual dinâmica (relacionada à reorientação do foco da atenção) demonstram declínios com o envelhecimento.

2.2.3. Perdas na cognição

Segundo Lima (2000) o envelhecimento biológico do cérebro, que se dá pela perda do intelecto, memória e capacidade criativa para resolver problemas, não ocorre repentinamente, quando a pessoa atinge a velhice. Este é um processo lento e que muitas vezes passa despercebido.

Pesquisadores acreditam que no início da idade adulta perde-se aproximadamente metade das nossas conexões sinápticas, pelo mau uso ou devido à falta de uso, implicando em um certo declínio cognitivo e perda de uma bioquímica jovem.

Aos 30 anos, o cérebro começa a encolher devido à perda significativa de neurônios. Até então, o grau de envelhecimento não corresponde ao grau do

declínio cognitivo, porque a plasticidade do cérebro permite que se façam novas conexões sinápticas² (Lima, 2000). Neste sentido, Kashar (2003) descreve que também a partir dos 30 anos inicia-se uma perda de 1% por ano das funções vitais biológicas, mas é aos 20 anos que começa o processo de declínio em diversas funções dos órgãos do indivíduo.

Dos 40-50 anos, há pelo menos 2% de diminuição do peso cerebral total por década. Infelizmente as áreas do cérebro associadas à memória declinam, e há também o declínio da criatividade (Lima, 2000).

Dos 50-60 anos, as pessoas têm maior dificuldade para assimilar novas e complexas habilidades mentais (Lima, 2000).

Aos 60 anos, há um declínio perceptível na capacidade cognitiva. A maioria, nesta época, tem uma perda significativa da capacidade de memorização e concentração. A maioria dessas pessoas, ou mais velhas, não são capazes de realizar tarefas mais complicadas tão rápido quanto os mais jovens, porque a velocidade do sistema nervoso começou a decrescer (Lima, 2000).

Segundo Kashar (2003) existem algumas questões relacionadas ao tratamento da informação pelas pessoas com mais idade. As hipóteses são de que os idosos não utilizam boas estratégias para lidar com a informação e a existência de um decréscimo dos recursos do sistema cognitivo, como alterações de atenção e memória.

De acordo com o contexto, no qual há mais de um estímulo, a pessoa com mais idade tem dificuldade em dividir a atenção: seletiva, alternada ou dividida. A atenção seletiva refere-se ao grande número de informações que são disponibilizadas na tela do computador e o ato de selecionar a informação, como um recurso do programa de computador. A atenção alternada refere-se à dificuldade de ouvir e anotar informações que estão sendo fornecidas. A atenção dividida exige que o ouvinte preste atenção, simultaneamente, enquanto anota, não havendo interrupção na execução de ambos os atos (Kashar, 2003).

Segundo Miguel Filho & Almeida (1994, apud Kashar, 2003) outras características das dificuldades demonstradas são:

- inflexibilidade ou dificuldade de desistir de uma determinada solução;
- menor capacidade de discernir o relevante do irrelevante e
- dificuldades conceituais.

²Sinapse é uma minúscula abertura entre os neurônios por onde os pensamentos e as memórias passam de um neurônio a outro (Lima, 2000).

Assim o declínio de desempenho se explica por uma diminuição nos recursos dos quais o sistema cognitivo se utiliza para o tratamento da informação, cuja disponibilidade dependeria do grau de complexidade da solicitação ambiental. As principais alterações são de atenção – seletiva, alternada ou dividida – e de memória – dificuldade de estocar conteúdos para a realização de tarefas (Kashar, 2003).

Para o contato e o trabalho com o idoso serem mais produtivos, é preciso um ambiente adequado, não ansiogênico nem ruidoso, que destaque os aspectos mais relevantes para facilitar a compreensão da mensagem. Criar estratégias para despertar e prender a sua atenção e, quando necessário, reiterativo com a informação que está sendo veiculada, enfatizando os pontos importantes (Kashar, 2003).

2.2.3.1. Perdas na memória

Pesquisas mostram que há um aumento gradual na queixa de perda de memória com o avanço da idade: menos de 10%, quando abaixo de 50 anos de idade, para mais de 42% no grupo com 80 anos ou mais (Kashar, 2003).

Mesmo no envelhecimento normal há freqüentemente uma percepção subjetiva de declínio na habilidade em adquirir e recordar informações, segundo Kashar (2003) há três tipos de capacidades de memórias cada uma com suas características e perdas:

- A capacidade de memória primária, isto é, o estoque de informações que é perdido, se não solicitado em curto prazo, sofre mínimas alterações com a idade.

- A capacidade de memória secundária, que se refere à armazenagem de informações apreendida recentemente, apresenta decréscimo mais intenso nas pessoas com mais idade.

- A capacidade da memória terciária, que é de fatos distantes, lembranças remotas, é pouco alterada em relação aos mais jovens.

Além disso, Fisk et al. (2004) citam a memória prospectiva, a qual está relacionada a lembranças de algo que será realizado no futuro. Os autores descrevem que se a tarefa é baseada um determinado limite de tempo, por exemplo: “Faça isso em uma hora!”, pessoas idosas tendem a demonstrar um déficit de performance. Porém, se a tarefa é baseada em um evento, como um alarme, as diferenças em relação à idade são mínimas.

Há evidências indicando que os idosos não organizam informação em categorias e não formam imagens visuais efetivas, dificultando a memorização, e levando a diminuição da capacidade para manipular e organizar as informações da memória de curto prazo (Kashar, 2003).

Além dos problemas que acometem a memória, os idosos apresentam dificuldades de desempenho em atividades que requeiram iniciativa, planejamento e avaliação de comportamentos complexos (Kashar, 2003).

Não só os fatores intrínsecos são preponderantes no envelhecimento do indivíduo. Há os fatores extrínsecos que agem benéfica ou maleficamente, ligados às condições externas a que cada pessoa está submetida, como o meio ambiente, condições psicossociais, entre outras (Kashar, 2003). Ressalta MORAGAS (1997, apud Salomão, 2000) que a Psicologia do Trabalho, que até então utilizava com frequência a idade cronológica para avaliação e seleção de pessoal, reconhece que os idosos de 65 anos podem ser excelentes trabalhadores, desde que as tarefas a desempenhar estejam de acordo com suas aptidões e possibilidades.

2.3. Aspectos culturais do envelhecimento

O que é relevante reconhecer é que o envelhecimento tem hoje uma escala global. O aumento da população idosa gera, ao mesmo tempo, ampliação tanto quantitativa quanto qualitativa das demandas destes segmentos que requerem, por decorrência, mudanças nas políticas públicas nacionais e, especialmente, nas municipais; nas decisões do setor privado em geral e naquelas da própria sociedade quanto às novas formas de encarar as inovações tecnológicas (Guidugli, 1998).

Segundo JORDÃO-NETTO (1986, apud Salomão, 2000), paradoxalmente, a mesma sociedade que cria e desenvolve meios capazes de prolongar a vida do ser humano, biologicamente falando, propondo mecanismos de proteção e segurança, tende também a limitar, desestimular ou até impedir a participação das pessoas idosas nos processos sócio-econômicos e culturais de produção e nos processos de decisão e integração da sociedade. Ressalta ainda o referido autor que esses idosos são colocados numa situação de marginalidade social, na medida que são erguidas para eles barreiras sociais, desenvolvendo atitudes de preconceito e discriminação.

A imagem construída acentua aspectos pejorativos, associando idoso (velho) a problema, ônus e inutilidade, e a velhice, a doença, dependência, perda

e impotência (Kashar, 2003). Para Barreto (1992), este preconceito contra a velhice, incorporado por toda a sociedade e aceito até pelas próprias pessoas envelhecidas, toma o lugar do respeito e da valorização, passando quase sempre despercebido e se tornando mais forte do que o preconceito racial.

Barreto (1992) descreve também que o mundo capitalista dá valor ao que se produz: o velho é visto como menos produtivo, sendo providenciada sua substituição pelos mais novos. Para Frutuoso (1999, apud Kashar, 2003), a sociedade capitalista com interesse na produção e consumo passou a endeusar a juventude, gerando distorções na compreensão das potencialidades dos idosos. Essa desvalorização da pessoa idosa, vista com importância social diminuída, caracteriza o envelhecer como uma fase de inatividade e improdutividade, na qual o indivíduo depende de outro para viver, sendo um “peso” para a família, os parentes e o Estado.

Valores equivocados podem ser injetados na juventude e perdurar até a maturidade, quando o próprio idoso carregará o preconceito sobre esta fase da vida, não sabendo como vivenciá-la (Kashar, 2003). Devem-se examinar as idéias sobre a velhice hoje, considerando a ameaça de piora, no futuro, seja de suas condições de vida, seja no desrespeito a seus valores, idéias e experiências (Barreto, 1992). Guidugli (1998) completa descrevendo que os idosos não importam apenas pelo seu volume, mas, particularmente, pelos seus níveis de integração com os espaços que ocupam e neles, pela adequação/inadequação de suas vidas.

2.4.

Aspectos econômicos da população envelhecida

Segundo Camarano (2004) em 1981, 70% dos homens idosos eram aposentados, já em 2002 essa proporção cresceu para 78%. Nota-se, portanto que a parcela de aposentados é a grande maioria da população envelhecida. Outro dado interessante é que em 2002, 76% dos idosos não-aposentados são ativos, enquanto 24% do aposentados os são. A autora cita também, que no caso das mulheres, a aposentadoria não determina tão grandes diferenciais na participação econômica.

“As conseqüências perniciosas dos períodos cíclicos de crise econômica enfrentados pela população brasileira – concentração de renda, aumento do desemprego, aumento da pobreza, drogas, instabilidade das relações afetivas, violência – têm levado um número crescente de filhos adultos a se tornar, de

alguma maneira, dependente dos recursos de seus pais idosos. Nesses casos, a casa própria do idoso ou mesmo seus rendimentos de trabalho, pensão ou aposentadoria estão se transformando em fonte importante de suporte familiar. Isso ocorre a despeito da permanência de uma situação de dependência do idoso em relação à família” (Camarano, 2004, pg. 9).

Um dado importante para a presente pesquisa é de que, segundo Camarano (2004), o ativo financeiro mais comum entre os idosos brasileiros é a caderneta de poupança. Entre a população, são eles os que mais a utilizam, os que possuem o maior número de contas e o maior saldo.

2.5. Tendências e características para o envelhecimento

O aumento da longevidade conjugado com melhorias nas condições de saúde provocadas por uma tecnologia médica mais avançada, leva a que o idoso de hoje seja bastante diferente do que foi recentemente (Camarano, 1999). Apesar de ser um universo heterogêneo, pode –se dizer que, nas gerações passadas o idoso recolhia-se ao seu aposento e vivia dedicado aos netos, à contemplação da passagem do tempo pela fresta da janela, reviver as memórias e lembrar e recontar as lembranças passadas. Relegava-se a pessoa idosa o passado, ao ontem, não reservando um espaço louvável esse indivíduo no tempo presente. Havia (e ainda há) uma exclusão das pessoas idosas na construção do presente e do futuro da humanidade. O futuro foi sempre considerado dos e para os jovens. Hoje, desponta um novo tempo, pois os idosos têm uma vitalidade grande para viver projetos futuros, contribuir nas mudanças sociais e políticas. Cabe aos educadores a responsabilidade de pesquisar espaços de ensino – aprendizagem que insiram os idosos na dinâmica participativa da sociedade e atendam ao desejo do ser humano de aprender continuamente e projetar-se no vir a ser (Kashar, 2003).

Segundo Fonte, (2002) a estratégia internacional para enfrentar os desafios do aumento quantitativo das pessoas com mais de 60 anos de idade, se centraliza em viabilizar a inclusão social deste grupo de população. Este novo conceito representa uma mudança radical na imagem anteriormente dominante sobre a velhice, que deixa de ser sinônimo de exclusão e incapacidade para assumir um conceito de total inserção social.

A II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, em abril de 2002, define as diretrizes que orientarão as políticas públicas relativas à população idosa para

o século XXI. As propostas resultantes deste evento se baseiam em uma nova idéia de velhice, construída em torno do conceito de “envelhecimento produtivo” (Fonte, 2002). Popcorn (2002) defende um envelhecimento ativo por meio de uma combinação de esforços físicos e psicológicos que fazem com que o processo de envelhecimento se converta, de um longo declínio, para um período de vigoroso crescimento e comprometimento.

Uma das prováveis soluções para a inclusão social da população envelhecida está no ato de estimular, ou seja, propiciar situações que promovam a sua participação e integrem –nas ao contexto social. Zimenman (2000) define o ato de estimular como criar uma postura de busca constante, de realizar atividades, de sentir-se alguém, para, com isso, ser parte integrante e ativa de seu grupo. É incentivar a busca de satisfação nas realizações do dia-a-dia, a fim de ampliar o mundo interno e externo, tornando-se satisfeito, ajustado, valorizado e integrado, para que não seja um peso para si, para sua família e para a sociedade.

Zimenman (2000), descreve que a estimulação faz com que as pessoas vivam mais a vida, que vivam o hoje, que usem mais a memória e a criatividade para criar situações, atividades, alegria e felicidade. A estimulação é o melhor meio para minimizar os efeitos negativos do envelhecimento e levar as pessoas a viverem em melhores condições.

Por último, a autora alerta para a necessidade de ter muito cuidado em relação às condições físicas da pessoa envelhecida. Se ela ouve pouco ou enxerga pouco terá muita dificuldade em entender o que acontece à sua volta, desmotivando-se e tornando-se incapaz de lembrar-se das coisas. É só uma questão de adequar nosso trabalho. Por exemplo, se a dificuldade é visual, podemos usar as facilidades da tecnologia para ampliar as dimensões de textos, se for auditivo, basta falar mais alto, aprender a pronunciar as palavras devagar. Estes são pequenos detalhes de grande valia para auxiliar no bem estar do idoso.

Outra característica positiva da estimulação das pessoas envelhecidas em permanecerem ativas é que, segundo Lima (2000), pesquisas descobriram que o cérebro, mesmo com áreas danificadas pode produzir novas células cerebrais por toda a vida. Neste sentido ao manter-se ativo, o idoso pode continuar produzindo novos dentritos o tempo todo (Chopra, 1995 apud Lima, 2000). Enfim, a nova velhice é uma meta: possibilidade de viver conscientemente uma longa vida (Lima, 2000).

Faz-se necessário que as pessoas envelhecidas tenham conhecimento sobre o novo paradigma da regeneração do cérebro, como também, possibilidades para desencadear a regeneração. Porém não se pode deixar esta responsabilidade inteiramente na mão dos idosos, a sociedade e as políticas sociais tem que voltar seu olhar para esta causa e os auxiliarem neste processo (Lima, 2000). Camarano (2004) descreve que é dever das políticas públicas tanto responder a demanda dos indivíduos que buscam um envelhecimento ativo, como, também, atender às necessidades daqueles que se encontram em uma situação de vulnerabilidade devido à idade avançada. A autora cita também que um ambiente hostil pode fazer com que o acúmulo de limitações leves na funcionalidade corporal se torne a causa de grandes deficiências entre os idosos.

Neste sentido, é essencial criar um ambiente que favoreça sua vida presente, propiciando-lhe maneiras de manter um envelhecimento ativo e produtivo, pois o declínio de determinadas atividades provocadas pelo avanço da idade pode não inviabilizar a assimilação e o domínio de recursos tecnológicos, desde que estes atendam ao contexto físico, cultural e psicológico em que a pessoa se apresenta.