

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

NATÁLIA TAINÁ SCHEIDT

COMPREENSÃO DO IDOSO EM RELAÇÃO AO ENVELHECIMENTO

PORTO ALEGRE

2011

NATÁLIA TAINÁ SCHEIDT

COMPREENSÃO DO IDOSO EM RELAÇÃO AO ENVELHECIMENTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro

Orientadora: Prof^a Dnda. Vera Catarina Castiglia Portella

PORTO ALEGRE

2011

Dedico este trabalho aos meus pais pelo apoio incondicional e também a minha avó Romilda por sua tenacidade, sabedoria e principalmente por me ensinar antes de partir a importância de respeitar o ser humano do nascimento à morte.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me proteger, guiar e cuidar dos meus passos principalmente nas épocas mais difíceis.

A minha família, fonte inesgotável de apoio. Minha mãe por sempre me incentivar desde pequena o hábito da leitura, por me cuidar muitas vezes dizendo o que não queria ouvir. Pelas inúmeras madrugadas em que me acompanhou lembrando que dormir também é importante. E principalmente me ensinar à importância de um ir atrás dos seus próprios sonhos. Ao meu pai por me ensinar que forte é aquele que sabe assumir as suas fraquezas, pelas conversas motivadoras, pelo apoio incondicional e por me ensinar que nunca se deve desistir de algo que tu realmente acreditas. Agradeço também as minhas amigas, sempre ali dispostas a me motivarem a qualquer instante, fontes inesgotáveis de carinho e compreensão.

A minha professora orientadora, que mais do que orientar este trabalho me ensinou nestes anos de convivência a importância de realizar um bom cuidado, de saber ser profissional, mas nunca se esquecer de ser acima de tudo humana.

A todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho, o meu muitíssimo obrigada.

Nenhuma luta haverá jamais de me embrutecer, nenhum cotidiano será tão pesado a ponto de me esmagar, nenhuma carga me fará baixar a cabeça. Quero ser diferente. Eu sou. E se não for, me farei.

Caio Fernando Abreu

RESUMO

O estudo teve objetivo de verificar se o idoso reconhece as alterações em seu corpo que são decorrentes do envelhecimento. O estudo foi exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. A amostra foi composta por 10 sujeitos circulantes dos arredores da Praça XV de Porto Alegre. O estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e posteriormente pelo Comitê de Ética da UFRGS. Os participantes assinaram um termo de compromisso, assegurando que não haveria prejuízos e a qualquer momento poderiam retirar seu consentimento. As informações foram coletadas a partir de uma pergunta norteadora e os dados foram organizados em três categorias: “*Não sinto a idade em mim, sinto-me tão bem!*” “*Alterações inevitáveis do envelhecimento*” e “*A velhice é o preço por se estar vivo*”. A partir desta categorização os dados foram analisados e percebeu-se que de modo geral os idosos verificam as mudanças, entretanto possuem certa relutância em aceitá-las.

Descritores: percepções, idoso, envelhecimento

Sumário

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO GERAL	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1. Processo biológico de envelhecimento e alterações mais freqüentes	11
3.2. Caracterização da auto-imagem pelo sujeito idoso	19
3.3. Valorização de estereótipos e a velhice	21
4 METODOLOGIA	24
4.1. Tipo de Estudo	24
4.2. Campo de Estudo.....	24
4.3. Sujeitos de Estudo	25
4.4. Coleta de Dados.....	25
4.5. Análise dos Dados.....	26
4.4. Aspectos Éticos.....	26
5 RESULTADOS E ANALISES DOS DADOS	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERENCIAS	41
APENDICE – TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO	49
ANEXO A – PARECERES DA COMPESQ E COMISSÃO DE ÉTICA DA UFRGS .	51

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que se estima para o ano de 2050 que exista cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. (BRASIL, 2007).

No Brasil, o idoso é definido com toda pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, ficando isso estabelecido pela Lei 8.842, de quatro de janeiro de 1994, regulamentada pelo Decreto 1.945, de três de julho de 1996, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso).

Perfazendo um processo natural, o envelhecimento pode ser compreendido como o conjunto de mudanças a níveis biológicos e psicossociais, que para o autor CARVALHO FILHO (2002) altera progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas.

Do ponto de vista biológico ao passo dos anos ocorrem modificações anatômicas na coluna vertebral, que causam redução na estatura, aproximadamente um a três cm a cada década, conforme Rossi; Sader; *Apud* Freitas *et al.* (2002).

Também fatores como redução da resistência e da capacidade de trabalho, às perdas de papéis sociais, solidão e perdas psicológicas, motoras, e afetivas estão associadas às manifestações somáticas da velhice. (PAPALÉO NETTO *Apud* FREITAS *et al.* 2006). Em face disto autores como Matsudo *et al.* (2000) defendem que com alterações psicológicas que acompanham a idade, existe ainda diminuição maior da atividade física o que facilitaria o aparecimento de *doenças* crônicas, estas por sua vez contribuindo para o deterioramento do processo de envelhecimento.

Concomitantemente ao processo biológico o sujeito idoso enfrenta o julgamento de nossa sociedade capitalista que mede a valia de uma pessoa pela ótica da produção de trabalho e alimenta-se da venda de estilos de vida a ser eternamente perseguido, o desejo de uma imagem jovem, sinônimo de saúde e vitalidade. Mancina; Portella e Viecili (2008) em seu artigo sobre a imagem dos acadêmicos de enfermagem acerca do próprio envelhecimento evidenciaram que uma grande maioria

dos entrevistados relatou achar muito difícil responder quando questionados como se imaginavam velhos. Para estes autores

“a pessoa que se destaca profissionalmente é o adulto jovem como símbolo da produtividade; o idoso não parece merecer destaques em nossa sociedade o que cria estereótipo e faz com que ninguém deseje chegar ou lembrar que passará necessariamente pela velhice”.

A valorização dos estereótipos para Martins e Rodrigues (2004) projeta sobre a velhice uma representação social gerontofóbica e contribui para a imagem que estes têm de si próprios, causando uma enorme perturbação nos idosos conduzindo-os a um processo de negação do seu processo de crescimento e impedindo-os de reconhecer suas potencialidades e de procurar soluções precisas para seus problemas.

Com isso criam-se noções de envelhecimento errôneas, tais como: inexistência de vida sexual ou inteligência deteriorada o que Marquez Filho (1998) aponta como o predomínio da idéia no imaginário coletivo de que a velhice seja uma sucessiva e interminável somatória de perdas – não só biológicas, mas também sociais. Não é incomum vermos profissionais da saúde valendo-se de diminutivos e entonação infantil para falar com idosos, propagando a idéia de que o velho seja uma criança com mais altura e peso. Mello (2010) defende que tal estereotipização surge em decorrência da descrença que o indivíduo idoso, assim como, o portador de alguma deficiência possam contribuir de forma significativa intelectual, emocional, econômica ou socialmente para outros membros da sociedade.

Para Moragas (1995) a velhice tem potenciais próprios e comporta uma relação peculiar do organismo com o meio, sempre que a este organismo efetuem demandas congruentes com seu nível de aptidão funcional. Este autor ainda enfatiza que se a sociedade valoriza unicamente o desenvolvimento fisiológico, são evidentes as limitações do ancião, mas, se esta aprecia as qualidades psíquicas e sociais, então existem muitas possibilidades para os idosos.

Posto isso, se acredita necessário compreender a percepção do indivíduo idoso face ao processo de envelhecimento e suas potenciais limitações almejando com este estudo fornecer informações com a finalidade de permitir um debate crítico para a enfermagem que gera reflexões para o processo de cuidado na sistematização da assistência de enfermagem.

2. OBJETIVO GERAL

Compreender as percepções do idoso em relação ao envelhecimento.

3. REVISÃO DE LITERATURA

O presente capítulo tem como intuito embasar o processo biológico de envelhecimento, alterações freqüentes, assim como a caracterização auto-imagem valorização de estereótipos e o idoso.

3.1. Processo biológico de envelhecimento e alterações mais freqüentes

O envelhecimento é um processo biológico intrínseco, no qual Freitas (2006) assinala que é possível reconhecer marcas físicas e fisiológicas inerentes. Essas mudanças anatômicas e funcionais, próprias do envelhecimento, não são produzidas por doenças e variam de indivíduo para indivíduo. Para Moragas (1995), ao contrário da crença popular, a maior parte dos anciãos não está doente nem se encontram limitados e o envelhecimento não tem por que ser um processo patológico.

Sendo uma situação biológica normal que se produz dentro de um processo dinâmico, progressivo, irreversível, complexo e variado, este processo difere na forma em que afeta diferentes pessoas e inclusive em diferentes órgãos. (RODRÍGUEZ; HERNÁNDEZ, 2007). Todas as células experimentam mudanças no processo de envelhecimento; se tornam maiores e pouco a pouco perdem sua capacidade de divisão e reprodução. Nas mudanças mais freqüentes encontram-se o incremento de pigmentos e substâncias gordurosas no interior da célula. Devido a isso, muitas perdem sua capacidade funcional, ou iniciam um processo de funcionalidade anormal.

A pele sofre a perda de substâncias elásticas, como a elastina, e estas alterações são mais agravadas quando a derme é exposta ao sol. Autores como, Filho e Souza (2000), descrevem que a conformação elástica das fibras sofre alteração, tornando-se porosas devido à perda de elastina, isso somado à diminuição da espessura da pele e do subcutâneo origina as rugas, que estarão dispostas de acordo com as direções preferenciais que as fibras elásticas se dispõem conforme as linhas de tensão.

Também devido à diminuição das glândulas sebáceas e sudoríparas a pele se torna áspera e seca ficando, segundo Vieira e Glashan (1996) sujeita a infecções e a mudanças bruscas de temperatura. Com relação à cor da pele, Filho e Souza (2000)

relatam que devido à diminuição do número de melanócitos, estes que também podem sofrer alterações no seu funcionamento em regiões da face e dorso das mãos, o que confere aos indivíduos idosos a formação de manchas hiperpigmentadas, marrons, lisas e achatadas. Estes autores também salientam que em função da finura da epiderme, pequenos traumas podem dar origem a equimoses com manchas vermelhas ou púrpuras salientes.

Os cabelos diminuem, em número e volume. Primeiro há diminuição dos pêlos corporais, seguidos dos do púbis e das axilas. Acima dos 60 anos, grande parte das mulheres não tem pêlos axilares e apresentam declínio acentuado dos pubianos. Os pêlos das pernas também diminuem, em número e volume. Paradoxalmente, aparecem pêlos terminais faciais, com aumento da espessura e comprimento. Já o embranquecimento tem início da região das têmporas, em faixa etária que depende de raça e hereditariedade, disseminando-se, gradualmente, pelo couro cabeludo. Cabe ressaltar que cada cabelo é constituído por células modificadas da epiderme que formam a medula e o córtex. As células da medula são separadas por espaços contendo ar ou líquido. Já as células do córtex têm pigmento e estas estruturas que dão cor ao cabelo. Com o envelhecimento, a medula se enche de ar e as células do córtex perdem pigmento, o cabelo então fica branco. (Filho e Souza, 2000),

O crânio com o envelhecimento tem seu diâmetro aumentado em ambos os sexos. Há um contínuo crescimento do nariz, e as orelhas se tornam mais longas, caracterizando a típica face do idoso. Alterações na visão e audição sofrem expressivas alterações, que podem ocasionar transtornos relativos à independência do indivíduo. Cunha e Alves (2000) expõem que entre o final da década dos 30 anos e o início dos 40 uma nova condição visual passa a formar parte da vida do indivíduo adulto sem problemas visuais até então. Tal condição, conhecida como presbiopia, é o diagnóstico médico conhecido para a queixa básica de diminuição da visão de perto. Esses autores descrevem que neste período o indivíduo tenta melhorar seu sintoma “esticando o braço”, sendo comum o aparecimento de sintomas tais como: cefaléia, náuseas e tonturas durante a leitura. Com o decréscimo da acuidade visual, ocorre o aumento a sensibilidade à luz, perda da nitidez das cores e da capacidade de adaptação noturna. Aparece o arco senil por depósito de sais de cálcio e colesterol. As pupilas se tornam algo mióticas e menos foto estimulação (RODRÍGUEZ; HERNÁNDEZ, 2007). Também após os 40 anos além de surgir à

presbiopia, aumenta progressivamente a incidência de catarata, definida por Cunha e Alves (2000) como qualquer opacificação presente no cristalino, não importando se é pequena ou grande, congênita ou adquirida, sintomática ou assintomática, de causa conhecida ou idiopática. Estes autores salientam que a forma mais comum de catarata adquirida no adulto é a chamada catarata senil, que pode eventualmente começar a se instalar muito cedo, na faixa etária dos 30 anos, sendo, porém mais comum após os 50 anos, quase sempre de caráter bilateral, porém assimétrica em sua evolução.

Para Romani (2005) idosos que enxergam melhor sofrem menos quedas, cometem menos erros com medicações, apresentam menor isolamento social, são mais independentes e têm melhor qualidade de vida em suas casas, com menos perturbações emocionais, as quais, quando presentes, são atenuadas pela assistência médica adequada.

Quanto à diminuição da acuidade auditiva, Freitas e Miranda (2006) destacam que qualquer disfunção de qualquer dos componentes auditivos podem desencadear a perda da audição, sendo a presbiacusia um fenômeno freqüente no envelhecimento, em geral bilateral. De acordo com a Política Nacional de Saúde do Portador de Deficiência a presbiacusia é uma perda auditiva relacionada ao envelhecimento e é apontada como a principal causa de perda de audição entre adultos. Sendo caracterizada para Pinzan-Faria e Iorio (2005) como uma lesão auditiva coclear, simétrica, progressiva com a idade e de grau e severidade variável. A sensibilidade auditiva de baixa freqüência permanece próxima aos limites normais, o que capacita o paciente a ouvir a voz do outro; porém, a perda auditiva de alta freqüência impede que o idoso ouça as consoantes necessárias para decodificar a mensagem. Por isso, é típico do indivíduo idoso afirmar que ouve o que as pessoas dizem, mas não entende.

Sua prevalência é estimada em torno de 30% na população idosa, definida pelas pessoas com 65 anos de idade ou mais. O ruído, principalmente no ambiente de trabalho, poderia ser mencionado como a segunda causa de perda auditiva em indivíduos adultos. Juntamente com a hipoacusia, outros fenômenos podem ocorrer, sendo freqüente que indivíduos presbiacúsicos apresentem zumbidos de maior ou menor intensidade. É um fenômeno que Formigoni e Formigoni (2000) relatam que a partir de certa intensidade, o som, causa no indivíduo uma sensação equivalente a um som de maior intensidade bastante incômodo.

A instalação progressiva da presbiacusia inicialmente leva seu portador a ter dificuldade para participar de conversas em grupo em ambiente de ruído, posteriormente causa uma dificuldade para conversar ao telefone, e por fim, a dificuldade atinge a conversa interpessoal. (FORMIGONI; FORMIGONI, 2000). A perda de audição adquirida pelos idosos deve ser considerada como uma perda social e psicológica que afeta as interações interpessoais e de comunicação, privando o indivíduo de relações sociais, comprometendo as metas profissionais e qualidade de vida, às quais ele estava acostumado e davam significado à vida. (PINZAN-FARIA; IORIO, 2005)

Em relação ao envelhecimento do sistema digestório, FERRIOLI; MORIGUTI e LIMA *Apud* FREITAS *et al.* (2006) afirmam que alterações estruturais de motilidade e função secretória variam em cada segmento do mesmo. Para estes autores as conseqüências clínicas dessas alterações são, na maioria dos casos, pouco perceptíveis, mas, em conjunto, adquirem importância. As estruturas orais sofrem ação do envelhecimento e os tecidos da cavidade oral refletem as alterações da idade. Os dentes diferem-se dos demais componentes calcificados do esqueleto por sua interação com o meio externo e pela ausência de intercâmbio químico ativo, que constitui parte da fisiologia básica do osso. Ocorrem alterações de cor com a idade, tornando os dentes mais escuros, com tonalidades de amarelo, castanho e cinza, também devido à mineralização dos canalículos dentinários por calcificação progressiva há uma redução de permeabilidade e aumento no limiar de sensibilidade à dor nos dentes de pessoas idosas (CORMACK, 2005). No geral a boca sofre mudanças em toda a sua estrutura – todos os tecidos da cavidade oral sofrem atrofia e perda de elasticidade, desde a mucosa, passando pelos tecidos subjacentes e de sustentação, pelas estruturas musculares e pelas estruturas ósseas. (ALENCAR; CURIATI, 2000). A produção de saliva fica reduzida e a deglutição pode tornar-se mais difícil, como também haver a diminuição da promoção das sensações de gostos. (ELIOPOULOS, 2011). Costumam aparecer certas alterações nas estruturas básicas e as alterações na superfície por perda das papilas são facilmente identificadas. Para Cormack (2005), é comum verificar a atrofia das papilas filiformes do dorso da língua, conferindo um aspecto liso e acetinado a sua superfície, e a atrofia de dois terços das papilas circunvaladas podendo ocorrer ainda à fissuração da língua, particularmente após os 60 anos, associada ao desenvolvimento de varicosidade nodular na superfície ventral,

afetando o sistema nervoso superficial. Essas alterações provocam uma diminuição no sentido do paladar, com uma conseqüente perda do apetite, e que pode resultar em problemas nutricionais. Este autor ainda descreve que a redução do fluxo salivar e conseqüente lubrificação dos tecidos orais afetam a mobilidade da língua, dificultando a deglutição dos alimentos, sendo que a redução do volume salivar e de seus constituintes está associada com a atrofia que se estabelece com a idade sendo uma alteração senil bastante comum. Ainda, cuidados odontológicos insatisfatórios, assim como condições ambientais tendem a contribuir para grandes perdas dentários no idoso, como descreve a autora Eliopoulos (2011). Para ela, após a terceira década de vida, doenças periodontais tornam-se a primeira causa de perda de dentes. Sendo que, tais doenças predispõem os idosos a infecções sistêmicas.

De maneira geral reconhece-se no envelhecimento do esôfago diminuição da pressão de repouso e alterações da sincronia e magnitude do relaxamento do esfíncter superior do esôfago, que pode estar relacionado com a disfagia alta. No estômago ocorre discreta a moderada elevação do tempo de esvaziamento gástrico, especialmente para líquidos, podendo haver algum prejuízo em relação a tempo e grau de absorção de algumas medicações, cuja permanência no tempo ácido é mais crítica. (FERRIOLI; MORIGUTI e LIMA *Apud* FREITAS *et al.*, 2006). Também o pH do estômago é mais alto nesse período da vida, devido ao declínio no ácido clorídrico e na pepsina, o que contribui diretamente para a maior incidência de irritação gástrica nessa fase. O fígado diminui de volume e peso, o que corresponde à redução da massa celular hepática funcionante, porém a arquitetura hepática se mostra pouco alterada. A função hepática está comprometida pela diminuição da velocidade de liberação das enzimas, logo a ingestão de gorduras deve ser limitada. O pâncreas também diminui sua atividade exócrina e endócrina, diminuindo a quantidade de suco pancreático, de lipase e o metabolismo da glicose fica mais lento, embora se faça de forma eficaz, isto é, no idoso a glicose leva mais tempo para ser metabolizada, porém os níveis séricos se mantêm estáveis. O intestino grosso diminui seu trânsito devido diminuição do tônus muscular, tendência do idoso em ingerir menos líquido e tendência ao sedentarismo. Com maior tempo de permanência das fezes no reto o idoso corre risco de formar fecalomas e conseqüente risco de obstrução intestinal. (NETTO; CARVALHO FILHO e SALES, 2006.)

Com o envelhecimento, as válvulas cardíacas aumentam a espessura e a rigidez devido à esclerose e fibrose, conforme Eliopoulos (2011). O tecido elástico das artérias tende a ser substituído de forma gradativa por tecido fibroso. O enrijecimento das artérias acarreta no desenvolvimento de maior pressão na aorta para um mesmo volume sistólico ejetado, além de acelerar a velocidade que à frente de onda de pressão se propaga pelo sistema vascular, resultando em maior pressão arterial sistólica. (AFFIUNE *Apud* FREITAS *et al.* 2006).

O coração – este o único órgão que com o envelhecimento não só não se atrofia, mas, pelo contrário, se hipertrofia. Esta hipertrofia decorre do aumento da pós-carga associada ao envelhecimento, decorrente primordialmente do enrijecimento arterial, conforme o autor Miguel Jr (2007). O músculo cardíaco fica menos eficiente e perde parte da força contrátil, ocasionando redução do débito cardíaco quando aumentam as demandas sobre o coração. (ELIOPOULOS, 2011). Quando aumentam as demandas de caráter fisiológico ou patológico sobre o coração, os mecanismos podem falhar, resultando em processos isquêmicos, pois há uma diminuição da resposta de elevação da frequência cardíaca ao esforço ou outro estímulo.

Em repouso, contudo, o idoso não apresenta redução importante do débito cardíaco.

No sistema respiratório as alterações caracterizam por um conjunto de mudanças fisiológicas que acometem os pulmões, a caixa torácica e a musculatura respiratória, acarretando prejuízo da função pulmonar, com intensidade variável e dependente de fatores endógenos e exógenos. (GORZONI e RUSSO *Apud* FREITAS *et al.* 2006). No pulmão senil há a diminuição da via aérea, principalmente associada às alterações do tecido conectivo de suporte. O estreitamento dos bronquíolos, o aumento dos ductos alveolares e o achatamento dos sacos alveolares são resultantes das alterações nas concentrações de elastina e colágeno observadas no envelhecimento. (GORZONI e RUSSO *Apud* FREITAS *et al.* 2006)

Com a perda de parte do tecido, sendo que vários tecidos conjuntivos responsáveis pela respiração e ventilação estão mais fracos a contração dos pulmões durante a expiração está menor devido à menor elasticidade do colágeno e da elastina necessitando o uso ativo da musculação acessória para a expiração. Também os pelos das narinas com o envelhecimento tendem a ficarem mais grossos podendo rapidamente acumular maior quantidade de poeira e partículas de sujeira na inspiração.

O rim é um dos órgãos mais sensíveis ao processo de envelhecimento. Com o advento da senilidade, o rim normal, aquele que não foi atingido por nenhuma nefropatia, sofre modificações involutivas sob os pontos de vista anatômicos e funcionais, afirma o autor Nussewnzveig (2000).

Ocorre diminuição do peso do rim que varia de 230-250g para até 180g, o que segundo Carvalho (2006) reduz a área de filtração glomerular e conseqüentemente as suas funções fisiológicas, expressadas universalmente pela medida de ritmo da filtração glomerular em geral quantificada na clínica pela depuração de creatinina endógena. A atrofia da uretra, com enfraquecimento da musculatura pélvica associado à perda de elasticidade uretral e de colo vesical favorecem o aumento de freqüência e urgência urinária e incontinência urinária de esforço (SOUZA, 2002).

As alterações próprias que desencadeiam o envelhecimento da bexiga e extravesicais, que podem levar a exteriorização clínica e repercutir aquém da esfera biológica do indivíduo, podendo promover para Carvalho (2006) limitações nos campos psíquicos e sociais. Para Leme (2000) diversas mudanças nos aspectos anatômicos e funcionais da bexiga e vida de saída, bem como do sistema nervoso central, têm importância nas alterações senis que facilitam a incontinência urinária. Este autor ainda afirma que a idade per si não possa ser considerada como um fator predisponente ao aparecimento dessa anomalia sabe-se que fatores como imobilidade, sexo feminino e alterações cognitivas exercem importante papel.

O esqueleto tem função metabólica e biomecânica. A rigidez característica permite a manutenção da forma corpórea, protegendo os tecidos moles e servindo de arcabouço para a medula óssea, bem como para a transmissão de força muscular. Com o envelhecimento, os ossos adquirem quantidade progressiva de mineral, o que aumenta a densidade, contrastando com a diminuição de massa óssea observada neste período. (BORELLI, 2000). As mudanças que se produzem nos ossos, músculos e articulações ao envelhecer vão gerar uma diminuição da estatura de forma progressiva. Alterações dentro da estrutura esquelética que surgem na medida em que a pessoa envelhece. O “encolhimento” apresentado por alguns indivíduos pode ser atribuído a uma ou mais causas. Com o envelhecimento Gallahue e Ozmun (2001) descrevem que os discos que separam as vértebras da coluna passam por várias alterações; os adultos mais velhos freqüentemente perdem uma porção do conteúdo de água, que é importante para a absorção de choques tornando-se mais fibrosos. Isto, juntamente com alterações da densidade

mineral óssea nas vértebras, resulta em compressão nos discos que reduz o comprimento da coluna vertebral e causa a perda subsequente da estatura total.

Outros fatores que contribuem para perda de estatura relacionada à idade, e que podem resultar na redução da capacidade de absorção de choques dos discos vertebrais, incluem o mau alinhamento da coluna vertebral, a má postura e o enfraquecimento dos músculos que apóiam a coluna e o tórax (GALLAHUE e OZMUN, 2001). São comuns mudanças no arquétipo ósseo e muscular do tórax, observando-se assim um leve incremento no diâmetro torácico ântero-posterior. A curvatura dorsal da coluna pode ver-se afetada devido à redução de massa óssea e ao depósito de minerais nas cartilagens costais. Também, podemos notar um aumento das curvaturas no plano sagital, como cifose e lordose. A dinâmica do aparelho locomotor sofre importantes modificações, reduzindo a amplitude dos movimentos, modificando a marcha caracterizada, então, por passos curtos e mais lentos, e não raro, pelo arrastar dos pés (FREITAS; MIRANDA, 2006).

Borelli (2000) descreve que após os 40 anos, inicia-se o período no qual ocorre progressiva diminuição da massa óssea, independente de raça, ocupação habitual, hábitos alimentares, atividade física ou momento histórico. Este autor relata ainda que no homem haja perda de 0,3% ano da massa óssea enquanto na mulher essa perda é de 1% ano com aceleração num período variável, ao redor de cinco anos após a menopausa.

A memória é uma das faculdades mentais de que pessoas mais freqüentemente se queixam ao longo da vida. Na infância e na juventude as queixas sobre memória não costumam ser demasiado valorizadas, mas o mesmo já não acontece a partir da meia idade e, sobretudo entre os idosos. Para muitos idosos a memória já não é o que era. É mais lenta, mais incerta e mais vulnerável. (PINTO, 1999). Sendo uma das funções cognitivas do ser humano a memória em outras palavras, é o processo de retenção e de resgate de experiências vividas. As experiências lembradas atuam diretamente sobre o comportamento do ser humano, influenciando o processo de aprendizado, segundo Monteiro *Apud* Azevedo (2003). Com relação a ela, a memória se envolve diretamente e está constantemente presente em todas as atividades do ser humano, sendo necessária para todas as ocasiões, desde a realização de uma tarefa complicada, até atividades do cotidiano, como uma simples conversa como descreve Gomes *Apud* Lasca (2007). Entretanto, com a passagem dos anos Okamoto e Bertolucci *apud* Albert *et al.* (2002) relatam

que a memória de evocação apresenta declínio, com comprovação em testes, e se relaciona com a freqüente reclamação de lembrar recados ou trechos de conversa. Porém, outras áreas da memória estão preservadas, como vocabulário, manejo de aparelhos e definição de conceitos, pois são áreas mais sedimentadas.

3.2. Caracterização da auto-imagem pelo sujeito idoso

A auto-imagem pode ser definida como a visão que temos de nós mesmos, o nosso “retrato mental” baseado em experiências passadas, vivências e estímulos presentes e expectativas futuras. Inclui a forma o tamanho, as proporções do nosso corpo, nossos sentimentos em relação a ele e suas partes segundo nossa avaliação. Essa avaliação depende de nossas experiências, histórico de vida, dos estímulos positivos e negativos que recebemos dos padrões com os quais fomos confrontados, dos valores culturais vigentes incluindo os estéticos, de nossas emoções e sentimentos. A formação da auto-imagem integra informações visuais, percepção e interpretação de estímulos diversos confrontam com modelos ou padrões, mesclados com nossa experiência pessoal acerca de nosso próprio corpo. É a representação mental de nosso corpo (TOMMASO, 2008).

A auto- imagem corporal é formada através da mente de acordo com a imagem mental que o idoso tem do seu corpo. Para o ser humano, a imagem corporal desempenha um papel importante na consciência de si, pois é tanto imagem mental quanto percepção; se a percepção do corpo é positiva a auto-imagem será positiva, e se há satisfação com a imagem do seu corpo, a auto-estima será melhor. (NASCIMENTO; AMARAL, MENEZES, SANDOVAL apud BENEDETTI *et al*, 2003).

Para a autora Mouta (2008) a auto-imagem é dinâmica e vai se construindo ao longo da vida, a partir das experiências em nosso universo relacional e vai se reatualizando o tempo todo. Para ela habituar-se a ver no olhar do outro a admiração pela aparência e a partir de certo momento observar indiferença ou descaso, o indivíduo pode começar aperceber que já não é tão atraente quanto antes. Autores como Matsuo et al. (2007), apontam que estudos mostram que as mulheres de meia idade se sentem mais insatisfeitas com a imagem corporal do que os homens. Isso ocorre porque os homens, no envelhecimento, se preocupam mais

com a perda de funcionalidade do organismo; já as mulheres, com a sua aparência física.

No entanto, a auto-imagem está interligada com a auto-estima, sendo dependentes uma da outra e variam de acordo com o gênero, o que para Mazo; Cardoso e Aguiar (2006) refletem os papéis sociais ocupados pelo indivíduo. Quando a auto-estima é alta, decorre de experiências positivas com a vida; por outro lado, quando a autoestima é baixa, resulta de fatores negativos. A autoimagem está sempre em mudança, conforme o indivíduo adquire experiências na vida cotidiana, ocupacional e de lazer. Para Branden (1995) a auto estima é composta de sentimentos de competência e de valor pessoal, acrescida de auto-respeito e autoconfiança, refletindo o julgamento implícito da nossa capacidade de lidar com os desafios da vida. As comparações podem não influenciar a auto-estima do idoso, porém quando elas são embasadas em parâmetros irreais ou em critérios de desigualdade afetam negativamente a visão que o idoso tem dele próprio, conforme relata Miranda (2008).

Para a maioria das pessoas existem meios de defesa da identidade pessoal e as próprias pessoas de idade elaboram estratégias de defesa psicológica frente às agressões do meio. Uma das reações defensivas habituais é que se denomina apreciação relativa – o sujeito se situa a respeito ao de sua idade em uma posição superior, seja física, psicológica ou social, o que se materializa em comentários como: “ainda posso realizar sozinho essa ou aquela tarefa que a maioria dos meus colegas de idade não se atreveria”. (MORAGAS,1995). Em seu artigo sobre a importância de uma boa auto-estima Miranda (2008) ressalta que ter uma boa auto-estima é fundamental para se desfrutar de um envelhecimento bem sucedido. Conservar-se íntegro física e psicologicamente, assim como certificar-se de sua adequação do ponto de vista biopsicossocial tem maior relevância. Para essa autora os idosos também parecem ser mais seletivos em seus relacionamentos, escolhendo pessoas que confirmem sua auto-imagem, não lhes interessando fazer contato com qualquer pessoa. A rede de amigos do idoso pode ser menor em quantidade, porém é melhor do ponto de vista qualitativo, marcada por relações de real afinidade, sinceridade e companheirismo.

3.3. Valorização de estereótipos e a velhice

“O nosso inconsciente ignora a velhice, alimenta a ilusão da eterna juventude” Simone de Beauvoir

Embora a sociedade possa ser um modelo de preocupações com as medidas corporais, dietas excessivas, comportamentos não-saudáveis de controle de peso e até mesmo compulsões alimentares. Barros (2005) afirma que em geral o envelhecimento é ainda pintado com cores sombrias, quer pelos mais novos quer pelos próprios idosos.

Socialmente, e no caso dos idosos, a valorização dos estereótipos projeta sobre a velhice uma representação social gerontofóbica e contribui para a imagem que estes têm de si próprios, bem como das condições e circunstâncias que envolvem a velhice, pela perturbação que causam uma vez que negam o processo de desenvolvimento. (MARTINS e RODRIGUES, 2004) Os preconceitos envolvem geralmente crenças, de que o envelhecimento torna as pessoas senis, inativas, fracas e inúteis. O idoso pode ser aposentado, ou pode trabalhar. Pode ser casado, viúvo, homossexual ou heterossexual. Pode ser pobre ou rico, cabeludo ou careca, simpático ou sisudo. Ativo ou sedentário, saudável ou doente. O erro está em estereotipar o idoso como doente, incapaz e dependente. (BRAGA, 2008)

Martins e Rodrigues (2004) afirmam em seu artigo que o fato de estes estereótipos estarem muitas vezes ligados ao desconhecimento do processo de envelhecimento, pode influenciar a forma como os indivíduos interagem com a pessoa idosa. A formação de estereótipos simplifica a realidade levando muitas vezes a uma ignorância acerca das características, minimizando as diferenças individuais entre os membros de um determinado grupo. Com isso estes mitos acerca do envelhecimento tornam-se a causa de enorme perturbação nos idosos, uma vez que negam o seu processo de crescimento e os impedem de reconhecer as suas potencialidades, de procurar soluções precisas para os seus problemas e de encontrar medidas adequadas.

Somado a estes mitos também a mídia tem papel relevante no estereótipo acerca do envelhecer. A população idosa é um dos alvos mais frequentes de estereótipos negativos na TV. A difusão de noções pré-concebidas sobre a velhice

envolve diversas áreas vitais, como cognição, sociabilidade, personalidade, sexualidade e capacidade de trabalho. Tais representações, que há muito vêm sendo difundidas, contribui significativamente para criar expectativas negativas sobre envelhecimento, fomentar imagens que reforçam uma forma padronizada de conduta na velhice e perpetuar os estereótipos negativos. (MANCIA, PORTELLA E VIECILI, 2008)

Em seu artigo sobre o Discurso Publicitário e o Envelhecer, Muller e Giaretta (2008) discorrem a publicidade, que constantemente interage com a sociedade, em determinados momentos e em determinadas situações, contribui para a naturalização de representações sociais da velhice no campo social. Para estes autores é preciso destacar que esta “interação”, que existe de fato, não é entre iguais, pois há uma radical dissimetria de poder entre o discurso hegemônico e os grupos sociais, dissimetria ainda maior quando se trata de grupos minoritários. Nessa interação, que nem sempre é evidente e que não se pode afirmar harmônica entre as perspectivas sociais sobre a velhice e o tratamento que a publicidade dá a ela. Para Moreira (2008) podemos observar que os padrões, ideologias, pensamentos são passados para a sociedade a todo o momento conforme o pensamento da classe dominante. Sendo esta classe voltada para o capitalismo, para o consumo excessivo, visa o novo, o belo, o atual. Inferioriza então o velho, o usado, o passado. Quando pensamos na condição do idoso e nas crenças e opiniões partilhadas pela sociedade e a respeito dele, podemos, automaticamente, reconhecer algumas cenas da qual ele fez parte, logo a condição de velhice está sempre relacionada à fraqueza, à doença, à morte, o que para a autora Rodrigues (2008) dá a impressão de que envelhecer significa causar (ou sofrer) danos que atingem desde a sociedade capitalista aos membros da família.

O estereótipo veiculado pelos meios de comunicação, do velho ativo e de espírito jovem atende mais a uma lógica do mercado de consumo do que a uma tentativa de socialização do velho e de sua melhor qualidade de vida. (BEZERRA, 2006).

Relacionado a isto Muller e Giaretta (2008) ressaltam que na maioria das vezes, os anúncios que chegam à sociedade através das diversas mídias costumam criar situações idealizadas de consumo que não condizem com a realidade vivida pelo receptor da mensagem. Nestes casos, o consumo do produto é freqüentemente associado a características socialmente desejáveis, mas que, econômica ou

emocionalmente, mostram-se inviáveis. Para Bezerra (2006) no espaço midiático então, o velho é incitado a adquirir novos hábitos para manterem o corpo saudável e um espírito jovem, com participação social e valores modernos. Para isso, um arsenal de produtos e serviços de rejuvenescimento, cosméticos, eletrodomésticos modernos, centros de lazer, agências específicas de turismo, serviços bancários, e outros produtos são criados e direcionados ao consumo desse gênero. Do contrário deste contexto a terceira idade na mídia, na maior parte do tempo, segundo Moreira (2008) é ridicularizada e estigmatizada, como se estivesse esperando somente a morte chegar. Fica notória a figura da pessoa idosa, voltada para planos funerários, convênios médicos e produtos dentários, como por exemplo, fitas adesivas para dentadura.

4 METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

O presente estudo é exploratório descritivo com abordagem qualitativa que para MINAYO (2003) é uma metodologia que trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Para GIL (2002), a pesquisa exploratória proporciona ter maior envolvimento com o problema, tendo o objetivo de tornar mais claro ou de formular hipóteses; fazendo parte deste processo: levantamento bibliográfico, realização de entrevistas com pessoas e análise dos resultados

Segundo GODOY (1995) a pesquisa qualitativa envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo Para esta autora o ambiente é fonte direta dos dados e o pesquisador seu instrumento chave.

4.2. Campo de estudo

A pesquisa aconteceu na praça XV de Novembro. Localizada no bairro Centro da cidade Porto Alegre a praça XV é uma das mais antigas e tradicionais praças da cidade. O primeiro projeto de implantação do logradouro surgiu no início do século XIX, quando foi delimitado um largo com 1199 braças quadradas (5.755,20 m²), não urbanizado, à beira do Guaíba. Desta época aos tempos de hoje A praça sofreu redução de tamanho para possibilitar a ampliação das ruas laterais, atualmente possui uso comercial, basicamente composto por lanchonetes. Conforme FANTINEL e CAVENDON (2009) este espaço configura-se como um local de contradições, pois apesar de ser um lugar de memória e expressão urbana, concentração de um universo de significados identitários, também possui características de transitoriedade.

4.3. Sujeitos de Estudo

Idosos circulantes na praça XV.

Perfizeram a amostra dez sujeitos escolhidos por convite de acordo com a disponibilidade. O número de entrevistados poderia ser alterado até que houvesse saturação nas respostas, entretanto não houve tal necessidade.

Os critérios de inclusão para o estudo foram:

- Homens ou mulheres com idade igual ou superior a 60 anos.
- Ter condições apropriadas de comunicação: lúcido, orientado, coerente.

Como critério de exclusão:

- Idosos que exerceram atividade laboral com profissionais da área de saúde.

4.4. Coleta de dados

A coleta de dados iniciou-se em novembro após aprovação do comitê de pesquisa e do comitê de ética sucedeu da seguinte maneira:

A pesquisadora abordou os passantes pela Praça XV apresentando-se como aluna da UFRGS, portando seu crachá de acadêmica com fins de credibilidade ao entrevistado em potencial. Após a explanação do trabalho, fornecimento do termo de consentimento a pesquisadora entrevistou o idoso conduzindo-o (a) a um dos bancos adjacentes à praça. A coleta foi realizada a partir de uma questão norteadora:

Em relação a sua juventude que mudanças o Sr (a) percebeu em seu corpo?

O tempo de entrevista foi de aproximadamente 30 minutos, e ocorreu após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. As respostas foram gravadas e, depois, o material foi transcrito e analisado.

4.5 Análises dos Dados

Os dados foram organizados e categorizados para análise seguindo o modelo Lüdke e André (1986).

O primeiro passo da análise é a construção de um conjunto de categorias descritivas. Para a formulação destas é preciso ler e reler o material até chegar a uma espécie de impregnação do seu conteúdo. Estas leituras devem possibilitar a diferenciação do material em seus elementos componentes. É importante lembrar que nesta etapa deve-ser considerado tanto o conteúdo manifesto quanto o conteúdo latente do material (LÜDKE, ANDRÉ, 1986).

A categorização por si só não esgota a análise, é preciso que o pesquisador ultrapasse a mera descrição e faça um esforço de abstração, estabelecendo conexões e relações que possibilitem a proposição de novas explicações e interpretações. É preciso acrescentar algo ao já conhecido (LÜDKE, ANDRÉ, 1986).

4.6 Aspectos Éticos

Este relatório de pesquisa qualitativa considerou os aspectos éticos, assegurando a autoria dos artigos pesquisados, utilizando para citação e referência dos autores as normas da ABNT. Foi encaminhada a Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) e posteriormente ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com o parecer número 21487. **(ANEXO)**.

Foi fornecido aos informantes um termo de consentimento livre e esclarecido, onde consta: título, objetivos e justificativa do estudo, como também a garantia de anonimato dos participantes. Este termo encontra-se para consulta nos **apêndices** deste trabalho.

Os dados coletados das entrevistas foram guardados sob responsabilidade do pesquisador pelo prazo mínimo de cinco anos, após o término deste estudo. Nesta

pesquisa não há nenhum risco, prejuízo, desconforto ou lesões que possam ser provocados pela mesma.

5 RESULTADOS E ANÁLISES DOS DADOS

A amostra estudada para verificar a percepção do idoso frente ao processo de envelhecimento foi constituída por dez idosos com idade média de 75 anos, sendo a maioria de pessoas nascidas no interior do Estado do Rio Grande do Sul, que se estabeleceram em Porto Alegre em virtude de ofertas de emprego e matrimônio. Cabe relatar que neste universo de dez entrevistados, oito eram mulheres. Durante a abordagem de entrevistados em potencial ocorreu declínio do convite de três senhores após a explanação dos objetivos da pesquisa, com argumentações similares de que este era um tema complexo, que exigia concentração para as respostas e também assuntos difíceis de ser trazido à tona – o que denota certa dificuldade a discussão do tema.

Ao escolher realizar estudo em uma pesquisa que buscasse verificar as percepções que os indivíduos idosos têm com o envelhecimento, imaginava-se que de modo geral a população acima dos 60 anos, considerada idosa pela OMS (2005), relataria facilmente as alterações relacionadas ao processo de seu envelhecimento, tanto biológicas, como psicossociais. Pensava-se, de modo inocente e fantasioso que os idosos por possuírem uma trajetória tão longa de vida já não se valeriam de subterfúgios e não teriam problemas para relatar o que é visto. Entretanto, em momento algum foi imaginado antes do início desta pesquisa que o que é visto pelo observador necessariamente não é enxergado e tampouco sentido pelo indivíduo.

Concomitante a isso um sentimento de ambivalência formou-se na pesquisadora, sendo que ao realizar algumas das entrevistas foi muito difícil dar credibilidade ao que estava sendo dito pelo entrevistado, uma vez que em seu discurso verbal o indivíduo negava algo que “saltava aos olhos” para o interlocutor, como no caso da inexistência de rugas em uma senhora que possuía o rosto sulcado pelas mesmas, fazendo com que relatos como este favorecessem o sentimento de estar sendo ludibriada pelo entrevistado, afinal – Como é que o indivíduo não enxergava aquilo que para o pesquisador estava tão nítido? Qual a razão que fazia com que o relato que estava sendo fornecido fosse tão díspar com a “fotografia” do momento das entrevistas? Afinal de contas qual o estigma em relação a velhice ?

Questões como estas compuseram o pensamento do pesquisador durante todo o processo das entrevistas o que de alguma maneira atrapalhou para compor um panorama geral, pois a instauração da dúvida de quê não havia uma total sinceridade por parte do entrevistado bloqueou a naturalidade para conduzir a entrevista, o que levou à aparente superficialidade das entrevistas. Posteriormente durante as transcrições as falas dos entrevistados geraram surpresa, pois parecia que ao menos neste pequeno universo de informantes ocorrem ambivalência de sentimentos, sensações, conhecimentos e percepções relacionadas ao processo de envelhecer, parecendo muitas vezes incompatível com a possibilidade de estar-se bem.

Após a leitura exaustiva dos dados coletados pode-se organizá-los em três categorias, sendo elas: categoria 1: **Não sinto a idade em mim, sinto-me tão bem!**. Categoria 2: **Alterações inevitáveis do envelhecimento** e categoria 3: **A velhice é o preço por se estar vivo.**

Na categoria *não sinto a idade em mim, sinto-me tão bem* foram consideradas as falas sobre a forma que os informantes se sentiam em relação ao processo de envelhecimento. Aqui ficou pautado que estar bem caracterizava não estar velho. Como se pode evidenciar na fala do primeiro informante.

[...] Eu não sei o que é idade. Eu não me sinto velha, eu não sinto a idade em mim, eu me sinto tão bem e cheia de vida! (E1- 79 anos)

Tal relato surgiu logo após a explicação do objetivo da pesquisa ao informante número um. Para esta pessoa sentir-se cheia de vida é impossível sentir-se velha. Pese ser uma afirmativa difícil de ser compreendida em um primeiro momento, é descrito por Sobrinho (2005) como parte de um efeito ideológico imaginário que atua, pois gostar de brincar, viajar, tudo, não se enquadra no que se espera de uma pessoa velha e isso é reproduzido no discurso do idoso. Por conseqüência ela se diz não-velha. O efeito do interdiscurso enquanto pré-construído pressiona de maneira decisiva, pois todos “sabem” o que é e como é ser jovem e o que caracteriza o velho em nossa sociedade. O discurso expressa as contradições subjacentes ao jogo de

imagens, pois esse idoso não se enquadra em tal perfil, não se ajusta à imagem sedimentada de velhice.

[..] Viajar! Esse é meu lema de vida. Porque viagem deixa a gente bem livre, não pensando em idade, não pensando em doença, não pensando em envelhecimento porque eu não me sinto velha. Continuo a mesma de quando eu tinha 15, 20, 40 anos. (E2,82 anos)

Embora as duas entrevistadas soubessem que ao passo dos anos ocorrem modificações, informaram que tais mudanças não se apresentaram em suas vidas, pois se sentem bem. O sentir-se bem, assim como ter disposição tornam-se fatores excludentes do ser idoso. Para Ferrigno (2002) a discriminação aos velhos é o resultado dos valores típicos de uma sociedade de consumo e de mercantilização das relações sociais. O exagerado enaltecimento do jovem, do novo e do descartável, além do descrédito sobre o saber adquirido com a experiência da vida são as inevitáveis conseqüências desses valores.

Esse enaltecimento do jovem é apontado durante as entrevistas nas falas sobre a impossibilidade ser velho e ser belo. Em seis das oito mulheres entrevistadas foi apontado, por exemplo, que a cútis e anexos já não possuem a beleza e elasticidade de outrora, como pode ser percebido nos seguintes relatos:

[...] Minha pele era lisinha, bonita, hoje já não é mais... Agora também eu sinto que ela está mais seca, e olha que eu to usando creme depois do banho... (E3) idade??

[...] E eu achava que isso nunca ia acontecer comigo, bobagem... Mas eu me cuido, uso meu creme de manhã e antes de dormir e agora antes de vir pra cá passei protetor solar. (E4, 82 anos)

[...] tu quer dizer as pelancas no braço? Claro que eu também tenho. E sempre fui magra. Mas tenho já tenho há anos, outra coisa que a velhice me trouxe. (E9, 81 anos)

Essa impossibilidade de ver-se bela com a passagem dos anos é apontada por Monteiro (2011) pelo fato de que beleza é julgamento. E julgar é ligar duas idéias diferentes. Se a beleza pertence ao corpo jovem, o corpo velho pressupõe feiúra.

São uma ameaça de exclusão para quem apresente características como cabelos brancos, rugas, flacidez. Desse modo, o medo parece reforçar as contas bilionárias das indústrias de cosméticos. A regra social silenciosa determina que a pele sem textura não seja apropriada para ser exibida em público.

Por isso, ainda que seja difícil sorver a negação da velhice através da afirmativa da entrevistada que não tinha rugas em seu rosto, pese estar com o rosto repleto delas – essa negação passa a ser compreendida, uma vez que nossa sociedade renega o indivíduo que não se enquadre aos padrões pré-estabelecidos de êxito; quiçá pelo temor de enfrentar prováveis insucessos. Simone de Beauvoir (1990) afirmava que não existe reciprocidade no olhar que a sociedade lança sobre o velho, denunciando todo o fracasso de nossa civilização. Em acréscimo, acentua que a sociedade fecha os olhos não apenas para o velho, mas para os deficientes, os jovens delinqüentes, a criança abandonada.

Isso se deve – dentre outros motivos – ao contexto capitalista no qual vivemos que possui valores ligados às características dos jovens como rapidez, força, produtividade, padrão corporal. O velho representa uma ameaça à ordem do sistema, posto que não seja mais produtivo ao capital e está em descompasso com o imperativo do “tempo é dinheiro”. E por isso ele é relegado, por possuir características muitas vezes opostas às exigidas pelo sistema, que não o permitem mais ser tão apto ao trabalho, como era quando jovem. (SANTOS; DAMNICO, 2009). Os preconceitos em relação ao velho são bem definidos em uma estrutura social que privilegia a produção e requer, para isso, corpos rentáveis, possuidores de grande agilidade, e que não percam tempo, pois a máxima “tempo é dinheiro” deve ser respeitada e seguida. (SIMÕES *apud* LIMA, 1998).

Em concordância com estes pré-conceitos compreende-se também o porquê de alguns dos indivíduos ao informarem que sim, notaram alterações que relacionam ao avanço da idade como diminuição da acuidade auditiva realiza tal afirmação, acrescentando na seqüência comentários em relação ao que são capazes de fazer em comparação aos demais:

[...] Eu não preciso de aparelho de surdez como muita gente da minha idade, eu até ouço bem pra quem tem a minha idade, eu só não ouço muito bem quando o som é muito alto. (E1, 78 anos)

O velho é o outro, aquele mais velho, que concretiza as características negativas de velhice, objetivando a velhice num grupo específico, distinto daquele de que ele faz parte (MARTINS; CAMARGO; BIASUS, 2008). Essa metamorfose não é, na maioria das vezes bem aceita ou percebida. Para Guimarães (2007) antes de perceber as próprias rugas, as do vizinho é que são percebidas. Para a autora assusta o estar diante do espelho e não se reconhecer na imagem refletida, não querer reconhecer, nessa imagem, com a dificuldade de reconhecer que há certo grau de degradação. Beauvoir (1990) indica que o indivíduo idoso sente-se velho através do outro, sem ter experimentado sérias mutações; interiormente não adere à etiqueta que se cola a ele: não sabe mais quem é.

Quiçá por não saber mais quem é esse indivíduo busque permanecer na figura do jovem, que ele e a sociedade capitalista sabem como é – o dito velho acaba por adequar-se às regras, consumindo promessas de juventude eterna, correndo daquilo que ao longo de toda existência ensinaram-lhe a temer e que hoje faz parte daquilo que és.

[...] A gente tenta correr da idade, mas a danada nos alcança. Mas eu apronto com ela, ela corre atrás de mim e mais coisa eu arranjo para não pensar nela! (E4, 82 anos)

A categoria dois: **alterações inevitáveis do envelhecimento** analisou as mudanças biológicas do envelhecimento – em onde foram avaliadas as falas dos entrevistados sobre o impacto que tais mudanças acarretaram na sua vida diária. Nesta categoria ficou evidenciado, por exemplo, o sentimento de tristeza pela perda de agilidade como também a relutância em usar os óculos devido à presbiopia. Sendo que o sentimento de agilidade foi descrito pelos dois homens que participaram da pesquisa; já para as mulheres foi levantado o fato de que a aceitação do uso de óculos e aparelho auditivo assim como também a negação da necessidade foi mais percebida durante a entrevista e depois reforçada pela análise dos dados.

[...] Só que se eu pudesse jogar futebol que não posso mais... Por isso eu gostaria de estar sempre jovem. Mas vou ao futebol, levo os netos lá ver o Inter jogar... Porque com 75 eu já não posso correr, e eu jogava bem, gostava de uma pelada. (E7, 75 anos)

[...] a agilidade já é não mais a mesma... Tu vês antes eu corria, fazia caminhadas longas, hoje eu caminho duas quadras e tenho que parar. Não que eu me sinta cansado, mas as pernas não agüentam mais e isso é da idade. (E5, 80 anos)

Nestes relatos observa-se o sentimento da perda da agilidade relacionado ao passo dos anos, sendo algo impossível de ser retardado. É perceptível no relato do entrevistado número sente a ânsia de retornar aos áureos tempos de juventude, aonde o mesmo afirma que “gostaria de estar sempre jovem”, o que é compressível, posto que por ser uma capacidade física requisitada em muitas atividades do cotidiano do idoso, como andar desviando de outras pessoas e obstáculos, locomover-se carregando objetos e andar rapidamente pela casa para atender ao telefone ou campainha. (SILVA, 2002). Portanto, entende-se que à medida que o indivíduo envelhece, a execução da maioria dos gestos que exigem um desenvolvimento preciso sofre decréscimo de desenvoltura funciona, logo considerando que agilidade é a capacidade que o indivíduo tem de realizar movimentos rápidos com mudança de direção e sentido, constituindo um tipo de velocidade caracterizada por movimentos acíclicos. (SILVA, apud ROCHA; BARBANTI, 2002).

Para Silva (2002) a amplitude de movimento de uma dada articulação depende primariamente da estrutura e função do osso, músculo e tecido conectivo e de outros fatores tais como dor e a habilidade para gerar força muscular suficiente. O envelhecimento afeta a estrutura destes tecidos assim como a função, em termos da amplitude específica do movimento nas articulações e a flexibilidade no desempenho das tarefas motoras grossas é reduzida.

No entanto, pese ao fato de ambos idosos relatarem a perda da agilidade, um deles deixa entrever que se adaptou às novas rotinas, parando quando as pernas já não lhe ajudam mas, o outro entrevistado informa que conformou-se em atualmente

levar os netos ao futebol. É interessante que esta informação foi fornecida à pesquisadora quando esta lhe questionou sobre se haveria algo que não fora perguntado, mas que ele percebia em relação ao seu envelhecimento – enquanto o mesmo relatava sobre a perda de sua agilidade lágrimas surgiram em seus olhos, ao mesmo tempo em que ele desculpava-se pela falta de hombridade.

Aqui, entretanto surge à questão de quão as alterações biológicas inevitáveis estão interligadas ao meio social ao qual este indivíduo está inserido, pois o aspecto psicológico é evidenciado por um processo dinâmico e extremamente complexo, muito influenciado por fatores individuais que se iniciam com um declínio lento e depois acentuado das habilidades que o indivíduo desenvolvia anteriormente. (SHEPHARD, 1997). Talvez então, ainda que impossibilitado de praticar o esporte com pessoas mais jovens, este senhor mantivesse uma rede social com pessoas do mesmo grupo de idade que provavelmente passam por modificações corpóreas similares a sua, pudesse então praticar atividade física de sua preferência, melhorando sua auto-imagem e por conseqüência aumentando sua auto-estima o que para Branden (1995) reflete o julgamento da nossa capacidade de lidar com os desafios da vida e conseqüentemente implicaria no desfrute de um envelhecimento bem sucedido, o que para Miranda (2008) é fundamental.

Duas outras características biológicas que apresentam decréscimo ao longo dos anos obtiveram relevância durante as entrevistas, principalmente no relato das mulheres entrevistadas – características relacionadas à perda visual e auditiva foram negadas ou consideradas pela idade principalmente entre as mulheres entrevistadas conforme os relatos na seqüência:

[...] Eu uso esses óculos porque primeiro que eles são bonitos, são da moda, são bem finos, mas eu não preciso porque eu fiz a operação de catarata e não preciso mais. (Tira os óculos e lê todo o termo de consentimento). (E2, 82 anos)

Neste relato, por exemplo, é impossível mensurar se é fidedigno o fato da entrevistada não necessitar os óculos para realizar a leitura, ou se estava forçando a visão para pode demonstrar que não existia tal necessidade. Calgaro (2005) aponta

que esse tipo de deficiência esbarra no preconceito existente principalmente entre as pessoas da terceira idade, que refutam a idéia de admitir e mostrar que sofrem desse problema. Com isso, o equipamento físico empregado para mitigar os prejuízos "primários" de algumas desvantagens torna-se, compreensivelmente, um símbolo de estigma, haverá um desejo de recusar o seu uso. Um exemplo disso é o do indivíduo que está perdendo a visão e que evita usar óculos bifocais porque eles poderiam indicar velhice. (BICALHO, 2004).

A sociedade tentou estipular uma identidade social comum entre as pessoas exigindo que respeitem esses atributos por ela estabelecidos, podendo o indivíduo sofrer sanções caso não sejam cumpridas. Logo as primeiras pré-noções de um sujeito que nos é apresentado vai depender da sua identidade social que ele apresenta (BICALHO apud GOFFMAN, 2004)

[...] Eu comecei a usar devia ter uns 50 anos, quando já não conseguia mais ler direito algumas coisas e fazer as palavras cruzadas. Tu vê, eu faço as aulas de matemática com ela e eu preciso sentar na frente pra ver direito, m+esmo com os óculos. (E10, 81 anos)

[...] Comecei a usar depois dos 55 porque já não conseguia costurar mais direito e tava sempre errando o furo do ponto cruz e já não conseguia contar os pontos certos pra tirar os desenhos das revistas... Ficava tudo feio! Agora já preciso deles para ler. (E1, 78 anos)

É interessante observar como mais uma vez a questão social parece ser fator determinante para a aceitação da necessidade de uma prótese, os óculos, neste caso. Apesar de nos últimos anos o usar óculos já não tenha mais a conotação de outrora, o que corrobora o que Moreira (2008) diz ser a influência da sociedade capitalista no que diz respeito aos padrões passados a sociedade conforme a classe dominante – percebe-se como a influência do meio é de suma importância para o idoso adquirir ou não o aparelho ou o óculos que venha a lhe proporcionar uma melhor qualidade de vida, como também auxilie na prevenção de possíveis quedas. A nossa sociedade supervaloriza o ser humano ativo,

discriminando o inativo, considerando assim a terceira idade como um momento improdutivo e sem perspectivas, tanto pessoal como social; desta forma, marginaliza-se o idoso. Isso gera sentimentos de frustração, incapacidade e afastamento do convívio social nos idosos, com freqüente distanciamento educacional em relação à juventude, o que limita a compreensão e a participação em um mundo cada vez mais tecnológico e informatizado. (DUARTE, 2005).

A velhice é o preço por estar vivo, última categoria analisada incluiu relatos dos entrevistados sobre viver e conviver com as mudanças que os anos trouxeram para as suas vidas. Em alguns fica explícita a expressão de que Deus cobra pelo tempo de vida, já em outros ocorre à nostalgia pelos anos áureos, contudo, em todos os relatos percebe-se que os entrevistados não desejam a juventude para si novamente, pois ainda que o tempo tenha trazido perdas, também trouxe ganhos – a família é o principal bem relatado pelos indivíduos.

[...] Eu olho as minhas fotos de maiô na praia e me incomoda. Não pela pele que ta mais enrugada, pelo cabelo que já perdeu a cor é pelo fato de não poder fazer algo que eu gostava. [E9, 81 anos]

No relato acima é perceptível a nostalgia em relação ao passado, no caso nesse que parece uma classe de jogo de perde e ganha com a figura de Deus, a senhora relatou o sentimento da perda da sua condição. Na entrevista em si, essa foi uma fala que perturbou e emocionou tanto a entrevistada como a entrevistadora – ao expor o sentimento de privação à entrevistada fez uma inversão de papéis e questionou se a entrevistadora sabia como era sentir-se privada de algo que prezasse na sua vida – o que levanta algo sobre o erro crasso que costumeiramente adultos jovens e profissionais da saúde tendem a cometer. Enquanto adultos jovens não podemos saber o que é ser um adulto idoso, portanto o máximo que possamos fazer é imaginar as possíveis limitações, não sabê-las.

No entanto, nesse jogo com Deus aceitam-se mudanças no corpo, desde que junto a elas venha a certeza de mais anos sobre a terra para aproveitar principalmente o convívio familiar. O poder ver os netos crescerem, assistir a realizações dos filhos acaba sendo um motor de realização do idoso, uma compensação pelas possíveis

coisas que tenham sido lhe tiradas, seja o viço da pele, seja a agilidade que comprometeu as peladas de domingo.

[...] Eu sinto saudades de quando a pele não tinha essas ruguinhas e fazia mais sucesso, mas eu sei que é o peso que Deus cobra para a gente ta aqui. [E2, 79 anos]

[...] Porque apesar de ter sofrido muito com a perda do meu esposo, eu sou uma mulher feliz, realizada com os meus filhos e netos, que conseguiram melhorar na vida e tem orgulho da sua história. É isso. [E5, 71 anos]

Neste relato percebe-se uma mulher realizada com a sua história de lutas e conquistas e o sentimento de bem-estar com a sua filha. É perceptível que a entrevistada demonstra ser uma mulher que convive bem com quem é, afirmando que acima de tudo está o sentir-se bem consigo. Talvez essa seja a chave para sobreviver em um mundo arraigado aos estereótipos criados. Para Branden (1995) a autoestima é composta de sentimentos de competência e de valor pessoal, acrescida de auto-respeito e autoconfiança.

[...] Olho no espelho e meu rosto me mostra que eu mudei, mas eu sinto a alegria de viver e gostar de mim. Tem que gostar dos outros, mas primeiro venho eu e eu me sinto bem comigo mesma. [E4, 82 anos]

Contudo, muitas vezes o viver do idoso transforma-se em sobreviver em uma sociedade aonde pessoas fogem dos padrões e ideais de sucesso são marginalizadas. Em seu texto sobre a gerontofobia, Oliveira (2010) a sociedade brasileira enfrenta um contra-senso: ao mesmo tempo em que envelhece rapidamente, devendo saltar de 18 milhões de idosos atualmente para 36 milhões em 2.025 conforme dados do IBGE, ela cultiva uma disseminada gerontofobia – medo de ficar velho - que alimenta a desvalorização, a segregação e a violência contra os idosos. Para Silvert e Taíse (2007) são dos olhos da sociedade que, muitas vezes os idosos temem. Dessa forma, acabam deixando de realizar seus

sonhos e fantasias com medo do ridículo, medo do que a sociedade vai pensar as sua atitude medo que ela ridicularize e o discrimine.

[..] Às vezes vejo na tv que sempre passam que o velho é triste, que não tem vida. Mas não é assim. A gente tem só que é diferente, e a gente não quer mais ser novo, a gente quer só que respeitem a gente. [E7, 82 anos]

Tamanho é o impacto que a estereotipização acerca do envelhecimento gera no idoso que acaba por fomentar neste a necessidade de ficar explicando-se sobre como é o seu modo de vida. Não há dúvidas de que seja diferente, e nem tem razão por ser igual. É impressionante e ao mesmo tempo triste ouvir o singelo pedido de respeito. Triste pelo o haver necessidade do idoso ter que realizar este pedido, uma vez que o respeito deve ser cultivado em qualquer fase da vida – ao menos assim deveria ser. Porém se vê o que Martins e Rodrigues (2004) apontam em seu artigo: mitos acerca do envelhecimento tornam-se a causa de enorme perturbação nos idosos, uma vez que negam o seu processo de crescimento e os impedem de reconhecer as suas potencialidades, de procurar soluções precisas para os seus problemas e de encontrar medidas adequadas.

A nova geração de idosos não é mais como os idosos de alguns anos atrás, e provavelmente não será como os idosos do futuro. Ela vem se transformando, a cada dia, mudando seus costumes, gostos, interesses, hábitos, estilos de vida, atitudes de compra, desejos e expectativas. (SILVIERT; TAÍSE, 2007). Talvez, entretanto a maior expectativa que permaneça nos idosos em relação à sociedade que cria estereótipos define e promulga leis, que será um dia com sorte idosa, seja a de maior compreensão e menor pressão em encaixá-los em categorias pré-estabelecidas. Estereotipar pessoas é limitar sua expressibilidade e castrar sua individualidade – e como diria a famosa canção: “cada um sabe a dor e a delícia de saber o que é”

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do estudo pode-se compreender na amostra de dez indivíduos entrevistados que os idosos percebem as modificações decorrentes do envelhecimento, entretanto ainda que percebam as alterações os indivíduos desta amostra parecem nem sempre aceitar tais mudanças. A partir da análise foram identificadas três categorias: *não sinto a idade em mim, sinto-me tão bem. Alterações inevitáveis do envelhecimento e a velhice é o preço por se estar vivo.* Sendo na primeira compreendido que o indivíduo não sente o processo de envelhecimento como algo incapacitante em sua totalidade, mas sim como algo acumulativo que exige adaptações com o passar do tempo.

A segunda categoria identificou que a diminuição da acuidade visual e da mobilidade como as alterações inevitáveis de maior impacto para a amostra estudada. Na última categoria embora os indivíduos relatassem como um preço para estar vivos entende-se como o reconhecimento da velhice como uma etapa de vida do indivíduo, aonde o idoso refletiu a importância da participação da família para sua realização pessoal.

Neste orbe de pessoas ficou demonstrado que o reconhecer as alterações está intimamente ligado ao fato do modo como esta pessoa está inserida no contexto social – para pessoas como as entrevistadas, o relacionamento familiar e com amigos é parte fundamental para a sua afirmação no meio social, sendo que a maneira como os seres mais próximos os acolhe e os vêem ajuda-os a posicionar frente à sociedade.

Ainda que este trabalho tenha sido motivado pelo apreço aos idosos, acrescido durante a vida acadêmica realizar a coleta de dados e perceber nos

relatos como o velho, de certa forma está à mercê do ambiente em que está inserido foi difícil de lidar – ou talvez o mais difícil tenha sido a quebra da ilusão de como a terceira idade é algo lindo. Não é. E saber que não é devido ao modo como nós jovens encaramos o envelhecer, foi algo ruim de deglutir. A juventude não se vê envelhecendo, e quando se vê faz desse futuro uma ilusão, uma foto do seu presente somada à construção da família, um ótimo emprego, ótima saúde, etc. Um ótimo sonho do qual os jovens não querem despertar. Penso se talvez de certo modo tenha despertado para a verdade. A simples verdade de que tudo muda. Citando Heráclito: “Nós não podemos nunca entrar no mesmo rio, pois como as águas, nós mesmos já somos outros.” E apesar dos sentimentos encontrados, há o ganho de experiência, pois não se acaba este relatório como se começou.

Assim como a juventude, a mídia também parece desdenhar a capacidade do idoso. Não vemos anúncios que exaltem que o envelhecer biológico em nada altera uma vida normal – não se fala que adultos com doenças serão idosos com os mesmos problemas. Se vende a constante idéia do poder de mutação na idade adulta. Acredita-se que seja por esse motivo que os idosos tenham a tendência de não enxergar seu processo de envelhecimento, afinal com que fins admitiriam algo que não é valorizado? A consequência desta desvalorização é um idoso que não tem com quem dividir seus anseios – na saúde, por exemplo, atualmente aconselham-se os idosos a que procurem um geriatra, aqui cabe ressaltar que muitos não sabem quem seja este profissional. Outro exemplo é o acompanhado diariamente em um grupo de climatério em uma unidade básica de saúde: em virtude da aposentadoria do ginecologista, mulheres que já saíram da fase do climatério são orientadas a procurarem um especialista em idosos – assim de um momento a outro elas deixaram de serem mulheres para tornaram-se idosas.

A sociedade capitalista no geral demonstrou-se também com um grande obstáculo a ser vencido, uma vez que promulga maneiras de viver irreais que nem sempre são possíveis para o modo de vida real destas pessoas. Fica claro que só quando nós enquanto sociedade aprendermos a não enredar nossos idosos em ideais impossíveis de ser alcançados e nem subestimar suas potencialidades e possibilidades é que vamos libertar e possibilitar que nossos idosos vejam as características relacionadas ao envelhecimento, não como maldições ou jogos de perde-ganha, mas sim como características inevitáveis e intrínsecas a este período da vida.

Refletindo sobre a experiência vivenciada fica a mensagem para a prática de enfermagem com caráter holístico que o idoso não é tão frágil como no imaginário de muitos profissionais, nem tão forte que possa suportar a indiferença aos seus anseios e potencialidades. Os idosos são indivíduos na sua jornada de vida, cujo anos vividos não os tornaram tão insensíveis que não possam sentir os preconceitos em relação as suas particularidades da idade.

Considera-se finalmente que os estudos em relação ao processo de envelhecimento ainda são muito escassos na área da enfermagem e devem ser estimulados na formação acadêmica e no exercício profissional.

REFERÊNCIAS

AFFIUNE, Abrahão. Envelhecimento Cardiovascular. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 396-401.

ALENCAR, Y.M.G; CURIATI, J.A.E. Envelhecimento do Aparelho Digestivo. In: CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz, PAPALÉO NETTO, Matheus, **Geriatría – Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2000. p 203-204.

BARROS, J. **Psicologia do Envelhecimento e do Idoso**. Porto: Legis Editora, 2005.

BEAUVOIR, Simone de. **A Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BEZERRA, Ada Kesea Guedes. **A Construção e a Reconstrução da imagem do Idoso pela mídia televisiva**. Disponível em: <<http://bocc.ufp.pt/pag/guedes-ada-imagem-idoso-midia-televisiva.pdf>> Acesso em 27 de novembro de 2011.

BICALHO, Allan. **Estigmatização Social**. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/estigmatizacao-social/6480/>> Acesso em 22 de novembro de 2011.

BRAGA, Pérola Melissa Vianna. **O Idoso e o Direito a uma Imagem Digna**. Disponível em <<http://direitodoidoso.braslink.com/pdf/imagemdigna.pdf>> Acesso em 26 de novembro de 2011.

BRANDEN N. **Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo**. 18 ed. São Paulo: Saraiva; 1995.

BORELLI A. Envelhecimento ósseo: osteoporose. In: CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz, PAPALÉO NETTO, Matheus, **Geriatría – Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2000. p 297-307.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

CALGARO, Fernanda. **Idoso teme estigma do aparelho auditivo**. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/saiunamidia/Geral/noticia_150.htm> Acesso em 22 de novembro de 2011.

CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz, Fisiologia do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, Gerontologia – **A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 60-70.

CARVALHO, José, Werneck de. Envelhecimento do Aparelho Urinário. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 690-693.

CASTRO, Luis Eduardo Viveiros de. **Flexibilidade e seu Treinamento**. Disponível em: <<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/flex014.pdf>> Acesso em 20 de novembro.

CORMACK, Elson Fontes. “Não somos velhos, enquanto buscamos”. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos/geriatria.html>> Acesso em 20 de outubro de 2011.

CUNHA, L.A.P; ALVES, C.A.R. Aspectos Oftalmológicos do Envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz, PAPALÉO NETTO, Matheus, **Geriatría – Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2000. p 353-354.

DUARTE, V.B; SANTANA, M.G; SOARES, M.C; DIAS, DG; THOFERN, M.B. A Perspectiva do Envelhecer para o Ser Idoso e Sua Família. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.7, p. 42-50, Jan/Abr. 2005.

ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem Gerontológica**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.289-291.

FANTINEL, Letícia Dias, CAVENDON, Neusa Rolita. A Cultura Organizacional do Restaurante Chalé da Praça XV em Porto Alegre: Espaços e Tempos Sendo Revelados, In **RAM- Revista de Administração Mackenzie**, v.11, n.1 p.6-37, 2010.

FERRIGNO, J. C. **O estigma da velhice: uma análise do preconceito aos velhos à luz das idéias de Erving Gofman**. Terceira Idade. São Paulo: Sesc, n.13, p.48-56,2002.

FERRIOLLI, E; MORIGUTI, J. C. Envelhecimento do aparelho digestório. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 376-379.

FORMIGONI, G.G.S; FORMIGONI, L.G. Aspectos Otorrinolaringológicos do Envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz, PAPALÉO NETTO, Matheus, **Geriatría – Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2000. p 370-371.

FREITAS, Elizabete Viana; MIRANDA, Roberto Dischinger. Parâmetros Clínicos do Envelhecimento e Avaliação Geriátrica Ampla. In: FREITAS, E.V. et. al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 900-907.

FREITAS, Milene Oliveira de; HAAG, Guadalupe Scarparo. Sentimentos do Idoso Frente à Dependência Física. **Estudos Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v.14, n,2 p.225-235, 2009.

GALLAHUE, D. L; OZMUN, J. C. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. São Paulo: Phorte, 2001.

GIL, Antônio Carlos; **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3 ed. São Paulo (SP): Atlas; 1999 p 41-43.

GODOY, Arilda S., Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades, In **Revista de Administração de empresas**. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/C03-art06.pdf>> Acesso em 16 de maio de 2011.

GOMES, Juliana Oliveira. **A Memória e suas Repercussões no Envelhecimento Saudável**. Disponível em: <<http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/145.pdf>> Acesso em 2 de outubro de 2011.

GORZONI, Milton Luiz; RUSSO, Ricardo. Envelhecimento Respiratório. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 596-599.

GUIMARÃES, Elzimar Campos. Reflexão sobre a Velhice. **CES Revista.**, Juiz de Fora, v. 21, p. 11-23, 2007. Disponível em: <http://web2.cesjf.br/sites/cesjf/revistas/cesrevista/edicoes/2007/reflexao_sobre_a_velhice.pdf>. Acesso em 16 de novembro de 2011.

JUNIOR MIGUEL, ARMANDO. **Coração Senil – Presbicárdia**. Disponível em: <<http://www.medicinageriatrica.com.br/2007/04/06/coracao-senil-fisiopatologia/>> Acesso em: 15 de setembro de 2011.

LEME, Luiz Eugênio Garcez. Incontinência Urinária. In: CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz, PAPALÉO NETTO, Matheus, **Geriatría – Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2000. p 227-229.

LIMA, V.P, Maria Auxiliadora. **As diversas fases do corpo quando envelhece**. Disponível em:< http://www.univag.com.br/adm_univag/Modulos/Connectionline/Downloads/art046.pdf> Acesso em 30 de novembro de 2011.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 175 p.

MANCIA, Joel Rolim; PORTELLA, Vera Catarina Castiglia; VIECILI, Renata. A imagem dos acadêmicos de enfermagem acerca do próprio envelhecimento. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, Apr. 2008.

MARQUEZ FILHO, E. **A atividade física no processo de envelhecimento: uma proposta de trabalho**. São Paulo: SESC, p. 22-23, 1998.

MARTINS, C.R.M; CAMARGO, B.V; BIASUS, F. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. **Univ. Psychol**, Bogotá, v.8, n.3, Sep-Dez, 2009.

MARTINS, Rosa Maria Lopes; RODRIGUES, Maria de Lurdes Martins. Estereótipos sobre Idosos: Uma Representação Social Gerontofóbica. **Millenium. Revista do ISPV**, 29, 249-254, 2004.

MATSUO, R.F;VELARDI,M;BRANDÃO, M.R.F;MIRANDA,M.L. de J. Imagem corporal de Idosas e Atividade Física. **Revista Mackenzie de Educação e Esporte**, v.6 n.1 p. 37-43, 2007.

MATSUDO, S.M; MATSUDO V.K.R; NETO; T.L.B. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras, e metabólicas de aptidão física. **Revista. Bras. Ciên. e Mov..** Brasília, v.8 n.4 p. 21-32, Set 2000.

MAZO, *Giovana Zarpellon*; CARDOSO *Fernando Luiz*; AGUIAR, *Daniela Lima*. Programa de Hidroginástica Para Idosos: Motivação, Auto-Estima e Auto-Imagem. **Rev. Bras. de Cineantropom. e Desempenho Hum.** 2006; 8(2): 67-72.

MELLO, Maria Aparecida Ferreira. **Envelhecimento e Deficiência. Cadernos da CAADE** Belo Horizonte, n.2 p. 33-36, 2010.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MIRANDA, Luciane C. **A Importância de uma boa Auto-Estima**. Disponível em:<<http://www.cuidardeidosos.com.br/a-importancia-de-uma-boa-auto-estima>>. Acesso em 15 de junho de 2011.

MONTEIRO, Ismael. **Dificuldade de memorização e retenção na Terceira Idade**. Disponível em <http://www.komedi.com.br/escrita/leitura.asp?Texto_ID=5242> Acesso em: 22 de novembro de 2011.

MORAGAS, Ricardo Moragas. **Gerontología Social: Envejecimiento y calidad de vida**. Barcelona: Herder, p. 45-50,1991.

MOREIRA, Thais dos Santos. **O Envelhecimento populacional brasileiro e a abordagem da mídia em relação a pessoa idosa**. Disponível em: <http://www.artigos.com/artigos/sociais/servico-social/o-envelhecimento-populacional-brasileiro-e-a-abordagem-da-midia-em-relacao-a-pessoa-idosa-3281/artigo/>> Acesso em 25 de novembro de 2011.

MOUTA, Carolina. Estilo de viver – Medo de Envelhecer sem neuroses. Publicado em 20 de novembro de 2008. Disponível em: < <http://msn.bolsademulher.com/beleza/medo-de-envelhecer-55332-3.html>> Acesso em 1 de novembro de 2011.

MULLER, C.L; GIARETA,G. **O Discurso Publicitário e Envelhecer**. Disponível em <<http://www.intercom.org.br/papers/regionais/sul2008/resumos/R10-0815-1.pdf>> Acesso em 15 de junho de 2011.

NETTO, M. P.; CARVALHO FILHO, E. T. de; SALLES, R. F. N. Fisiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E. T.; NETTO, M. P. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 43-62.

NOGUEIRA, Paula C. A. – **O idoso: o sentimento de solidão ou o mito do abandono ?**. Lisboa : [s.n.], 1996. Monografia de fim de curso apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

OKAMOTO, H. I; BERTOLUCCI, H. F. Paulo. **Perda de memória no idoso**. Psiquiatria na Área Médica. v.34, n. 4 2011/2002.Disponível em <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu5_01.htm> Acesso em 14 de novembro de 2011.

OLIVEIRA, Joilton. **Gerontofobia: O Medo dos Idosos**. Disponível em: <http://www.cristaosenior.com.br/index.php/qualidade-de-vida-l/160-gerontofobia-o-medo-dos-idosos.html>> Acesso em: 17 de novembro de 2011.

PAPALÉO, Matheus Netto. O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 3-12.

PINTO, A. C. **Problemas de memória nos idosos**: Uma revisão. *Psicologia, Educação e Cultura*, v.3 n.2, p. 253-295, 1999.

PINZAN-VARIA VM, IORIO, MCM. Sensibilidade auditiva e autopercepção de handicap: um estudo em idosos. *Disturb Comum*. 2004;16(3):289-99.

RODRÍGUEZ, Elisa Corujo; HERNÁNDEZ, Domingo de Guzmán Pérez. Cambios más Relevantes Y Peculiaridades de lãs Enfermedades em El Anciano. In: **Tratado de Geriatria para Residentes**. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2007. p 43-59.

ROMANI, Flávio Antônio. Prevalência de transtornos oculares na população de idosos residentes na cidade de Veranópolis, RS, Brasil. *Arq. Bras. Oftalmol.*, São Paulo, v. 68, n. 5, Oct. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492005000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Nov. 2011.

ROSSI, E.; SADER, C. S. O envelhecimento do sistema osteoarticular. In: FREITAS, E. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 792-796.

SANTOS, Flávio da Cruz Santos; DAMICO, José Geraldo Soares. O Mal-Estar na Velhice como Construção Social. **Revista Pensar a Prática**, Belo Horizonte v.12 n.1, 2009.

SHEPARD, Roy J. **Envelhecimento, Atividade Física e Saúde**. Editora Phorte, 1997, p. 40-41.

SILVA, Verônica Miyasike da. Nível de agilidade em indivíduos de 42 a 73 anos: efeitos de um programa de atividades físicas generalizadas de intensidade moderada. **Rev. Bras. Ciên. Esporte**. Campinas, v.23, n.3, p.65-79, Maio, 2002.

Disponível em: www.rbceonline.org.br/revista/index.php/RBCE/article/.../285/268 Acesso em 29 de novembro de 2011.

SILVIERT, Marilde; TAÍSE, Jaína Viera. **Nova Geração de Idosos: Um Consumidor a Ser Conquistado**. Disponível em: < http://www.projedoradix.com.br/arq_artigo/X_17.pdf > Acesso em: 22 de novembro de 2011.

SOBRINHO, Helson Flávio da Silva. A negação da velhice: uma discursividade ancorada na memória. **Estudos Lingüísticos XXXIV**, p.241-246, 2005.

SOUZA, R. S. Anatomia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETO, M.; CARVALHO FILHO, E. T. **Geriatría: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 35-42.

TOMASSO, Marco. **O Resgate da Auto Estima**. Disponível em: <http://www.tommaso.psc.br/site/artigos/?id_artigo=125> Acesso em 15 de junho de 2011.

VIEIRA, Cláudia Maria; GLASHAN, Regiane de Quadros. **Aspectos Gerais da Anatomia e Fisiologia do Envelhecimento – Uma Abordagem para o Enfermeiro**. Acta Paul. Enf., v.9, n. 3 set/dez. 1996.

APÊNDICE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma, pois esta será uma participação voluntária.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **Percepção do Indivíduo Idoso Frente ao Processo de Envelhecimento**

Pesquisador Responsável: Prof^a Vera Catarina Castiglia Portella

Executora do Projeto: Natália Tainá Scheidt

Telefone para Contato: (51) 8403-8480

O objetivo é verificar se o idoso reconhece as alterações em seu corpo como decorrentes do envelhecimento. Trata-se de um estudo qualitativo, com coleta de dados de indivíduos circulantes na praça XV de Novembro da cidade de Porto Alegre. Não há nenhum risco, prejuízo, desconforto ou lesões que podem ser provocados pela pesquisa. A avaliação se dará através de uma entrevista com uma pergunta norteadora, com garantia de sigilo e direito de retirar o consentimento a qualquer tempo.

Assinatura do Pesquisador (a): _____

Assinatura do Orientador (a): _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar deste estudo _____, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Local e data: Porto Alegre, _____, de _____ de 2011.

Nome: _____

Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Fone: (51) 8403-8480

Comitê de Ética da UFRGS: (51) 3316-3629

CÓPIA DA PÁGINA DO SERVIDOR COM PARECERES DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ENFERMAGEM E COMISSÃO DE ÉTICA DA UFRGS

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Vera Catarina Castiglia Portella

Situação de projeto de pesquisa em comissão de avaliação

Projeto Nº: 21487

Título: PERCEPCAO DO INDIVIDUO IDOSO FRENTE AO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Projeto aprovado em 15/08/2011 pela COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM

Aprovado em 11/11/2011 pelo COMITE DE ETICA EM PESQUISA DA UFRGS

Projeto Nº: 21487

Título: PERCEPCAO DO INDIVIDUO IDOSO FRENTE AO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

COMITE DE ETICA EM PESQUISA DA UFRGS: Parecer

Projeto 21487 - PERCEPÇÃO DO INDIVÍDUO IDOSO FRENTE AO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

A pesquisadora considerou as solicitações do CEP.
Recomenda-se aprovação.

CEP/UFRGS