



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**UM OLHAR SOBRE O ENVELHECIMENTO: A PERCEPÇÃO DE IDOSOS  
ACERCA DA VELHICE**

**LAYANNA ESTEPHANIA HENRIQUE DA SILVA**

**CAJAZEIRAS  
2009**

**UM OLHAR SOBRE O ENVELHECIMENTO: A PERCEPÇÃO DE IDOSOS  
ACERCA DA VELHICE**

**LAYANNA ESTEPHANIA HENRIQUE DA SILVA**

**UM OLHAR SOBRE O ENVELHECIMENTO: A PERCEPÇÃO DE IDOSOS  
ACERCA DA VELHICE**

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, na Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro

**Co-Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Esp. Cynara Rodrigues Carneiro

---

**CAJAZEIRAS  
2009**



S5860 Silva, Layanna Estephania Henrique da.  
Um olhar sobre o envelhecimento: a percepção de idosos acerca da velhice / Layanne Estephania Henrique da Silva. - Cajazeiras, 2009.  
57f. : il.color.

Não disponível em CD.  
Monografia(Bacharelado em Enfermagem)-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2009.  
Contem Bibliografia, Apêndices e Anexos.

1. Envelhecimento. 2. Idoso. 3. Saúde do idoso. I. Pinheiro, Maria Berenice Gomes Nascimento, II. Carneiro, Cynara Rodrigues, III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V. Título

CDU 612.67

**LAYANNA ESTEPHANIA HENRIQUE DA SILVA**

**UM OLHAR SOBRE O ENVELHECIMENTO: A PERCEPÇÃO DOS IDOSOS  
SOBRE A VELHICE**

**Aprovada em 27/07/2009**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro  
(Orientadora – UFCG)**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Esp. Cynara Rodrigues Carneiro  
(Co-Orientadora – UFCG)**

---

**Prof<sup>º</sup>. Esp. Geofábio Sucupira Casimiro  
(Examinador - UFCG)**

*A Deus, a minha família, em especial a minha avó **Maria Raimunda de Macena** (in memoriam), que foi mestre na ciência da vida e do amor incondicional, foi minha inspiração em busca da luta pelo conhecimento sempre me dando incentivo para continuar minha trajetória com sabedoria e honestidade, a Senhora sempre vou dar meus agradecimentos e homenagem. **Dedico.***

## **AGRADECIMENTOS**

*Primeiramente a **Deus**, que foi meu apoio meu consolo e minha alegria, sempre me proporcionado forças nas horas que mais necessitava superar as dificuldades imposta no decorrer do curso com determinação e esperança. Agradeço tua imensa misericórdia e amor que sempre me move a chegar com êxito ao final de nossos objetivos.*

*Aos meus pais, **Lídia e Espedito**, que fizeram tudo o que poderia ser feito com dedicação, amor e incentivo para que esse sonho fosse realizado. Se hoje estou aqui devo a eles que sempre ao meu lado caminharam.*

*A minha Avó materna, **Maria Raimunda de Macena** (in memorian) pelo seu esforço e batalha para construir uma família com pessoas dignas e tementes a Deus, pelo seu imenso amor ofertado durante toda sua vida, pelos ensinamentos e sermões muitas vezes dados, a saudade a cada dia aumenta, nunca esquecerei tudo que fez por mim.*

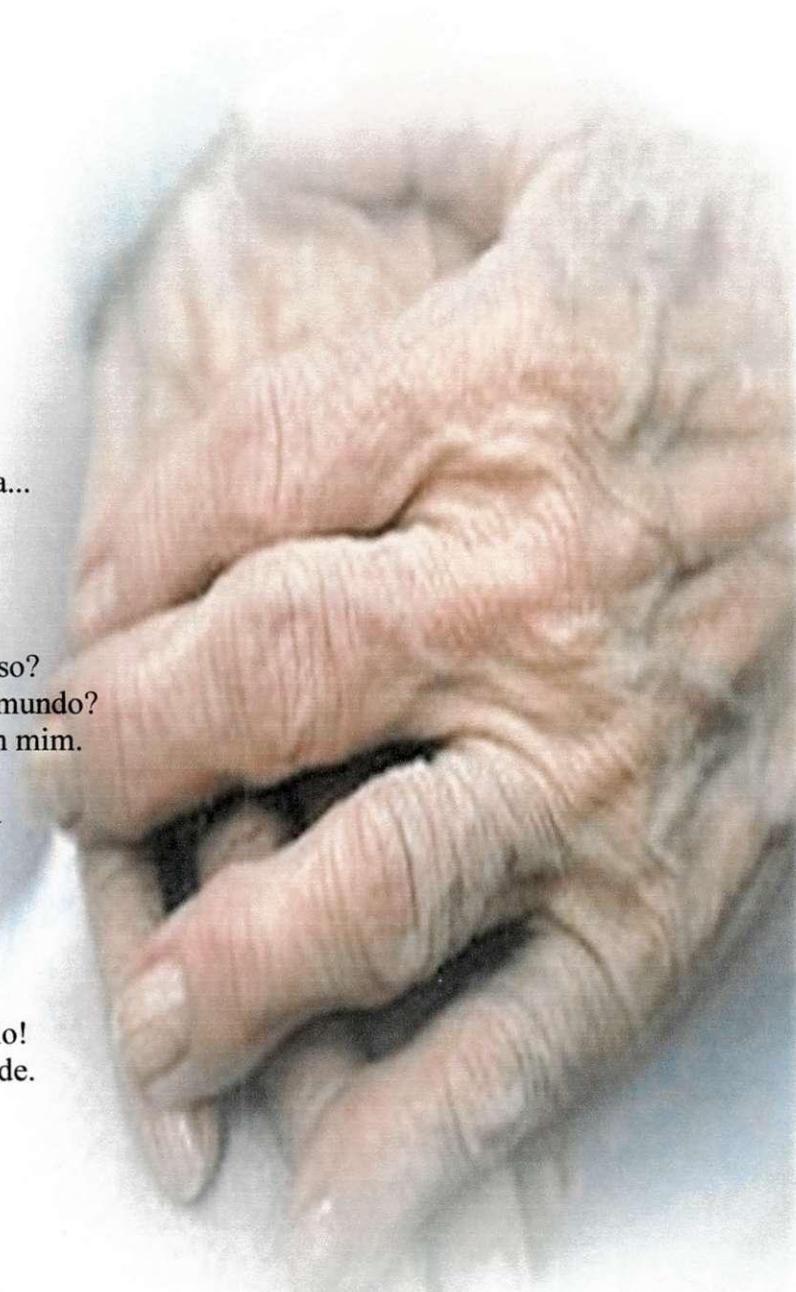
*A minha **orientadora e co-orientadora** pela sua paciência, atenção e colaboração, que foram essenciais na realização desse trabalho.*

*Aos **idosos** que com maior carinho e disponibilidade se dispuseram a participar de minha pesquisa.*

*Aos **amigos** que sempre me incentivaram nas horas difíceis e também compartilharam momentos felizes, estiveram sempre próximos de mim em todos os momentos me ajudando e dando forças para ultrapassar as barreiras enfrentadas no decorrer deste curso.*

*Em especial aos meus amigos **Gleydson, Nayana e Sâmia** que estiveram comigo na maioria dos momentos tanto nos mais difíceis como nos de maiores descontração e alegria sempre com conversas e brincadeiras que me estimulavam a ir ao encontro deles na universidade, a saudade já é imensa e por muitas vezes foi pensado na separação, enfim ela chegou, mas nossa amizade será eterna.*

*Infinitamente obrigada a todos, essas é uma conquista nossa!*



Sinto que o tempo sobre mim abate  
sua mão pesada. Rugas, dentes, calva...  
Uma aceitação maior de tudo,  
e o medo de novas descobertas.  
Escreverei sonetos de madureza?  
Darei aos outros a ilusão de calma?  
Serei sempre louco? sempre mentiroso?  
Acreditarei em mitos? Zombarei do mundo?  
Há muito tempo suspeitei o velho em mim.  
Ainda criança já me atormentava.  
Hoje estou só. Nenhum menino salta  
de minha vida, para restaurá-la.  
Mas se pudesse recomeçar o dia!  
Usar de novo minha adoração.  
Meu grito, minha fome...Vejo tudo  
impossível e nítido, no espaço.  
Que confusão de coisas no crepúsculo!  
Que riqueza! sem préstimos, é verdade.  
Bom seria captá-las e compô-las  
num todo sábio, posto que sensível:  
uma ordem, uma luz, uma alegria  
baixando sobre o peito despojado.  
E já não era o furor dos vinte anos  
nem a renúncia às coisas que elegeu,  
mas a penetração no lenho dócil,  
um mergulho na piscina, sem esforço,  
um achado sem dor, uma fusão  
tal, uma inteligência do universo.  
Comprada em sal, em rugas, em cabelo.

CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE  
*"Versos à Boca da Noite"*

## RESUMO

SILVA, Layanna Estephania Henrique da. **Um olhar sobre o envelhecimento: a percepção de idosos acerca da velhice.** 59f. Trabalho de conclusão de curso bacharelado em enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2009.

O envelhecimento é considerado um processo natural irreversível que todos os seres vivenciam, decorre de alterações físicas, sociais e psicológicas necessitando do entendimento sobre ele para saber se adaptar e viver com saúde e qualidade reconhecendo seu espaço na sociedade. Este estudo objetivou representar a percepção dos idosos sobre o envelhecimento, suas mudanças individuais e sociais e sobre ter saúde nessa fase da vida. Constituiu-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e qualitativa com um grupo de 35 idosos de uma Unidade de Saúde da Família no município de Sousa-PB. Para coleta de dados foi utilizada uma entrevista semi-estruturada cujas repostas foram analisadas utilizando a técnica do discurso do sujeito coletivo proposta por Lefevre & Lefevre. Os idosos relataram seus pensamentos negativos e positivos sobre envelhecer, as mudanças, medos, comportamento da comunidade diante deles, as idéias e imagens sobre ter uma vida salutar na velhice apesar de algumas limitações. Constatou-se que muitos idosos ainda necessitam de maior conhecimento e assistência em educação em saúde para proporcionar maior qualidade de vida e capacidade de enfrentamento de situações adversas e de adaptação a um novo estilo de vida, não necessariamente melhor nem pior que antes, mas apenas diferente assim como em qualquer outra etapa que ocasiona transformações essas que vão diferir em cada indivíduo devido sua história, suas particularidades. Finalizamos na expectativa de que esse estudo tenha relevância para os idosos, acadêmicos e profissionais da área para que possam ser prestadas assistências adequadas, colaborando para uma redução na maneira negativa que a sociedade estigmatiza o envelhescente.

**Descritores:** Idoso. Processo de Envelhecimento. Saúde.

## **LISTA DE SIGLAS**

**OMS** -- Organização Mundial de Saúde

**ESF** -- Estratégia Saúde da Família

**PSF** -- Programa de Saúde da Família

**PB** -- Paraíba

**DSC** -- Discurso do Sujeito Coletivo

**ICs** -- Idéias Centrais

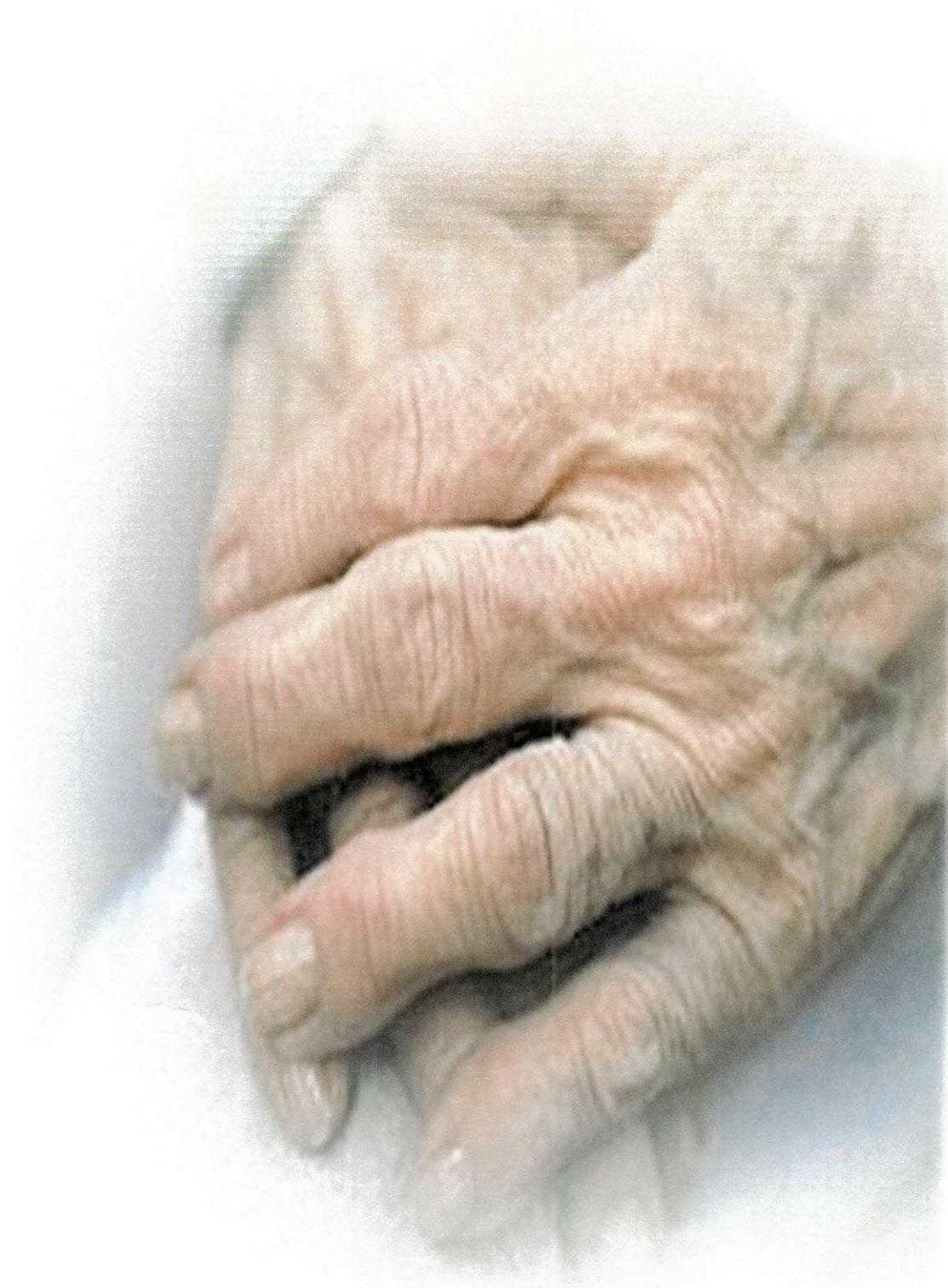
**DNA** -- Ácido desoxirribonúcleico

## LISTA DE TABELA E DE QUADROS

<b>Tabela 1</b> - Apresentação dos idosos segundo: sexo, estado civil.....	38
<b>Tabela 2</b> - Apresentação dos idosos segundo: nível educacional e faixa etária.....	39
<b>Quadro 1</b> - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Para você o que é envelhecer?.....	40
<b>Quadro 2</b> - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: O mudou na sua vida na velhice?.....	42
<b>Quadro 3</b> - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Em relação às outras pessoas o que mudou?.....	43
<b>Quadro 4</b> - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Como você vê ou percebe um idoso saudável?.....	44

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	17
2.1 Evolução demográfica e histórica do envelhecimento populacional .....	18
2.2 Processo do envelhecimento: Conceitos e teorias.....	20
2.3 A Velhice e a Saúde: seus Mitos e Verdades .....	22
2.4 O processo do envelhecimento e suas alterações fisiológicas.....	26
2.5 O papel da enfermagem na assistência ao envelhecimento.....	31
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	32
3.1 Tipo de estudo .....	33
3.2 Local da pesquisa. ....	33
3.3 Participantes do estudo.....	34
3.4 Instrumento e coleta de dados .....	34
3.5 Análise dos dados.....	35
3.6 Posicionamento ético das pesquisadoras .....	36
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	37
<b>5. CONCLUSÃO</b> .....	46
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	49
<b>APÊNDICES</b> .....	54
<b>Apêndice A</b> – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
<b>Apêndice B</b> – Instrumento de coleta de dados	
<b>ANEXOS</b> .....	58
<b>Anexo A</b> - Certidão do comitê de ética	



## **1 .INTRODUÇÃO**

Delimitar velhice através de conceituações não é algo fácil, pois requer um conhecimento amplo de como os idosos estão inseridos no processo de construção social. A velhice, do ponto de vista biológico, é percebida como um desgaste natural das estruturas orgânicas que, com isso, passam por transformações com o progredir da idade, prevalecendo os processos degenerativos (CALDAS, 2002).

Tentar definir velhice usando apenas a visão biológica é cair num erro de demarcação meramente cronológico, tratando-se a população idosa de forma homogênea, não levando em consideração aspectos importantes do contexto sociocultural em que os idosos estão inseridos.

O envelhecimento oposto ao que ocorre em outras fases da vida não possui um marcador biofisiológico do seu início, sendo assim é considerado idoso pessoas com 65 anos ou mais em países desenvolvidos, e com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento. Este é um critério cronológico devido à dificuldade em definir o início do processo de envelhecimento (PAPALÉO NETTO, 2007). Mas devemos ressaltar que existem alguns estudos que definem o processo de envelhecimento como algo que acontece por toda vida desde o momento de nascer até a morte considerando que a cada dia vivenciado o indivíduo envelhece.

Uma das áreas considerada atualmente de grande relevância no âmbito da pesquisa no que diz respeito a envelhecimento é a Gerontologia Social que segundo Neri (1993), “é o desenvolvimento de teorias acerca do processo de envelhecimento que integrem a preocupação com a qualidade de vida e com a própria compreensão dos idosos acerca desse fenômeno.” Assim sendo, identificamos a representação social com aspectos de grande utilidade na Gerontologia, pois é através dela que o papel do idoso é determinado na visão da sociedade. O envelhecimento e a velhice são tratados por meio de representações sociais dos próprios idosos, de seus familiares, de cuidadores e de profissionais de saúde.

A expectativa de vida sem dúvida aumentou, e este aumento se deu devido aos avanços ocorridos na saúde, mas ainda se conhece muito pouco sobre a pessoa idosa, segundo Minayo e Coimbra Jr. (2002), até o momento, outros atores sociais têm falado pelos idosos, dando foco ao envelhecimento e à velhice como um processo negativo. Esses atores tentam falar a respeito, mas são carregados de estereótipos que impedem a construção de uma identidade verdadeira do idoso. Por isso, a maior necessidade é buscar conhecer a vida dos idosos, escutando-os a respeito de como se sentem nessa estrada, suas vivências contando com a participação deles para a realização de seus anseios e para a construção de vida que lhes seja adequada, mas inúmeras vezes o pensamento do envelhescente é desprezado.

Quando o outro define o envelhecimento e a velhice, percebe-se que o preconceito é uma característica marcante e são utilizadas representações negativas sobre a velhice. Conhecer a visão do idoso a respeito do envelhecimento e da velhice é importante para se construir representações reais dessa fase, visto que muitos estudos realizados mostraram que os idosos não se sentem enquadrados nos estereótipos que os outros formulam sobre a velhice.

A literatura mostra que a velhice muitas vezes é tratada como um problema social político e/ou de saúde. Minayo e Coimbra Jr. (2002) afirmam que no imaginário social a velhice sempre foi pensada como uma carga econômica, tanto para a família quanto para a sociedade, e como uma ameaça à mudança, esta noção tem levado a sociedade a negar a seus idosos o direito de decidir o próprio destino o que é uma exceção quando se fala do papel de respeito que o pajé tem em sua comunidade, bem como o idoso poderoso e rico na nossa sociedade.

O conceito de saúde tem evoluído há muito tempo e é de grande complexidade seu entendimento, mas necessário que seja sempre realizado estudos e discussões sobre esse tema tão presente em nosso cotidiano. Não existe uma definição universal para saúde, ao contrário, ela transforma-se sob distintas condições sociais e biológicas. Ela é o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, coletivos e individuais, que se combinam, de forma particular, em cada sociedade resultando em comunidades mais ou menos saudáveis (BUSS, 2003).

E diante do que foi encontrado em outras pesquisas podemos apresentar novos questionamentos: O que é envelhecimento saudável? Como está questão é representada pelos idosos? A compreensão de saúde para o envelhescente se torna mais difícil comparado as outras pessoas devido a sua maior vulnerabilidade a doenças, nessa fase da vida o conhecimento quanto a relação saúde-doença é indispensável tanto para o auto cuidado como para proporcionar uma percepção fidedigna sobre a velhice.

O envelhecimento deve ser definido diante das individualidades de cada ator social reconhecendo sua história de vida, cultura e sociedade na qual convive para pode entender o processo do envelhecimento, esse que deve ser visto como um processo natural que se mantém durante todo o curso da vida, principalmente pelo idoso.

O presente trabalho tem como objetivo Geral reconhecer a percepção de um grupo de idosos da área de atuação da Estratégia de Saúde da Família sobre o processo de envelhecimento, e como objetivos específicos através de seus relatos identificar mudanças sentidas por eles nesse momento da vida e verificar sua compreensão sobre envelhecer

saudável seguindo a idéia de que uma visão errônea ou o desconhecimento desse pode alterar sua qualidade de vida e a maneira de enfrentar as dificuldades existentes na velhice. Ter consciência do que acontece no desenvolvimento humano é fundamental para uma melhor adaptação a cada transformação no transcorrer de toda a vida, por esse motivo ressaltamos a importância dos profissionais em conhecer o olhar do idoso sobre o envelhecimento, pois a partir desse podemos ter noção de características imprescindíveis para poder trabalhar de maneira retificada a educação nas necessidades gerais e específicas do indivíduo possibilitando assim um bom envelhecimento.



## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

## 2.1 Evolução demográfica e história do envelhecimento populacional

Nas últimas décadas observa-se um fenômeno mundial pelo aumento da população idosa, já que comparado a outras faixas etárias, esse grupo é o que tem tido o crescimento mais elevado.

E no Brasil não tem ocorrido diferente devido a inúmeros fatores citados adiante, a expectativa média de vida teve um aumento espantoso. Dentro desse próprio grupo visualizamos modificações, hoje a uma maior proporção das pessoas chamadas “mais idosas”, ou seja, indivíduos de 80 anos ou mais (CAMARANO, 2002).

A expectativa de vida nas grandes cidades e com maior estrutura e recursos era em média de sessenta anos de idade e chegando, ao passo que em regiões como no Nordeste e Norte a média era de quarenta anos. Os fatores que contribuíram para a mudança desse panorama foram as políticas e incentivos promovidos pela sociedade e pelo estado como desenvolvimento da medicina, com a descoberta da cura e prevenção de diversas doenças, o aumento e melhoria dos serviços básicos de saneamento, melhores condições de higiene, realização de campanhas de informação e o progresso tecnológico (BRAGA, 2001).

Corroborando com isso Duarte (2004), afirma que,

(...) o Brasil era um país de jovens, parte da população tinha menos de trinta anos de idade. No entanto nos últimos anos vem ocorrendo uma mudança a nível mundial. No Brasil em 1990 havia cerca de 10 milhões de pessoas acima de 65 anos de idade, e há uma previsão para o ano 2025 de 35 milhões de idosos, quando o nosso país ocupará o 6º lugar entre os demais (...).

O envelhecimento atualmente está tendo no campo científico a mesma posição de inúmeras outras fases da vida humana como infância e vida adulta, mas esse fato se difere de tempos atrás quando estudiosos pouco se interessavam por essa ciência e foi somente a partir de 1980 que esse quadro começou a ser modificado, mas mesmo assim até hoje muitos profissionais não são atraídos por essa especialidade (GROISMAN, 2002).

Os cientistas não viam a pessoa idosa com alguém que requeria atendimento específico, os clínicos geralmente era quem prestavam assistência e essa era a mesma tanto para jovens como para velhos. O envelhecimento não tinha sua maior fragilidade e menor imunidade e resistência considerada na assistência à saúde, contrariamente os profissionais afirmavam que essas condições eram inerentes ao processo do envelhecimento, visto que predominava a idéia de que o organismo ao nascer era dotado de uma energia limitada e ao

chegar à vida adulta se manteria e a partir daí decairia sendo assim a pessoa idosa incapaz de manter seu equilíbrio vital (ARAÚJO; CARVALHO, 2005).

Com o decorrer dos tempos e avanços nos estudos esta metáfora foi sendo modificada onde a velhice passa a ser caracterizada por suas particularidades fisiológicas e anatômicas singulares. A velhice passou a ser entendida através de um modelo de degeneração dos tecidos e que a renovação celular funcionaria de forma deficiente nesta fase da vida. A partir destas constatações surge a geriatria, com Ignatz Leo Nascher que em 1909 escreveu um artigo introduzindo este termo que é uma especialidade abrangente ao tratamento das doenças associadas à velhice. Há um consenso, porém que considera o início da Geriatria a partir da publicação de seu livro *Geriatrics: the diseases of old age and their treatments*, em 1914 (GROISMAN, 2002).

A ciência do envelhecimento denominada Gerontologia teve surgimento de forma mais complexa, pelo médico Elie Metchnikoff em 1903 que defendeu a criação da mesma como disciplina (GROISMAN, 2002). Papaléo Netto (2007), afirma que a Gerontologia é uma ciência científica multi e interdisciplinar, cujos propósitos são o estudo das pessoas idosas, a caracterização da velhice enquanto fase final do ciclo da vida, o processo de envelhecimento e seus determinantes biopsicossociais.

Esta disciplina possui várias ramificações como a Gerontologia social, a Gerontologia biomédica, e a Geriatria que estudam os múltiplos aspectos do envelhecimento. A geriatria e a Gerontologia biomédica atuam nos aspectos orgânicos subdivididos segundo suas especialidades enquanto a Gerontologia social abrange os aspectos antropológicos, psicológicos, legais, sociais, ambientais, econômicos, éticos e políticos de saúde (PAPALÉO NETTO, 2007).

A Gerontologia social tem como uma das áreas de pesquisa o desenvolvimento de teorias a respeito do processo de envelhecimento que associem a preocupação com a qualidade de vida e com o entendimento dos idosos sobre esse fenômeno (NERI, 1993). Ela é uma ciência de característica interdisciplinar, carecendo de outras ciências para sua construção (BRÊTAS; OLIVEIRA, 1999).

Pode-se ressaltar essa idéia de gerontologia através da definição dada por Rodrigues e Rauth (2002), que afirmam ela não ser uma disciplina unificada, mas um conjunto de disciplinas científicas que intervêm no mesmo campo, que precisam empreender esforços interdisciplinares, os quais ultrapassem as fronteiras de seus próprios paradigmas e teorias, para instituir concepções distintas sobre o idoso e os fenômenos da velhice e do envelhecimento.

## 2.2 Processo do envelhecimento: Conceitos e teorias

Definir envelhecimento é uma tarefa complexa apesar desse ser um processo no qual todos os animais atravessam, os estudos a esse respeito são ainda muito recentes o que torna paradoxo a expressão “os estudos sobre a velhice são jovens”. Isso aconteceu porque não havia interesse em utilizar laboratórios sofisticados e grandes verbas para pesquisar pessoas que já não eram produtivas a sociedade, e em grande parte já se encontravam dependentes sendo assim o estudo do processo do envelhecimento foi negligenciado fazendo com que até hoje exista vários pontos desconhecidos e a serem investigados (ARAÚJO; CARVALHO, 2005).

Foram formuladas várias teorias do envelhecimento como tentativa de explicar esse processo quando se inicia e como se desenvolve, mas a verdade é que nenhum deles consegue determiná-lo, mas a atenção a estas novas teorias, porém torna-se necessária para que o entendimento se torne possível em distintas situações (POTTER; PERRY, 2005).

Existem as teorias biológicas que são divididas como estocásticas e não estocásticas, as primeiras veem o envelhecimento como consequência de destruição celular aleatória que advém com o decorrer do tempo, o acúmulo dessa destruição induz modificações físicas que reconhecemos como características de envelhecer e de acordo com as teorias não-estocásticas, mecanismos fisiológicos programados geneticamente dentro do corpo controlam o desenvolvimento do envelhecimento e vemos ainda uma abordagem que tenta explicar o processo através de uma “regra de três” na qual um declínio funcional devido à doença, inatividade ou desuso e envelhecimento por si próprio colaboram com um terço para o processo (POTTER; PERRY, 2005).

Existem ainda as Teorias Psicossociais que tentam explicar o comportamento, seu papel na sociedade e relacionamentos, elas são três a teoria da separação, teoria da atividade e teoria da continuidade. A teoria da separação é a mais antiga, nesta os indivíduos idosos se retiram de papéis costumeiros e se preenchem em atividades mais introspectivas (CUMMINGS; HENRY, 1961 apud PAPALÉO NETTO, 2007). Já a teoria da atividade reflete a permanência das atividades durante a meia-idade como imprescindível para o sucesso do envelhecimento (LEMON; BENGSTON; PETERSON, 1972 apud POTTER; PERRY, 2005). Enquanto na teoria da continuidade também conhecida como teoria do desenvolvimento, a personalidade continua a mesma, já o comportamento se torna mais

passível de se presumir à extensão que os indivíduos envelhecem (NEUGARTEN, 1964 apud POTTER; PERRY, 2005).

Diante de tantas teorias torna-se difícil distinguir a que melhor se adapta e esclarece o envelhecimento, paralelo a este impasse tem se considerado também que esse processo está intimamente relacionado às alterações protéicas que constituem o corpo acabando por refletir transformações morfológicas e funcionais nas células, tecidos e órgãos. Carvalho Filho (2007), afirma que fatores intrínsecos e extrínsecos influenciariam o mecanismo que promove a mudança de proteínas, nesse primeiro grupo acharíamos a hereditariedade, os radicais livres, as alterações imunológicas e no segundo grupo estariam à alimentação, as variações climáticas e a radioatividade.

Essa dificuldade encontrada em assegurar uma dessas teorias ou mesmo a ausência de um conceito único para envelhecimento é acometido pela falta de um marcador biofisiológico nessa etapa da vida, este fenômeno geralmente é marcado por aspectos sociais e legais ao contrário de um biológico como as outras fases de vida (PAPALÉO NETTO, 2007).

Diante de vários conceitos já formulados podemos analisar a complexidade em entender o envelhecimento seu grau e quando se inicia através da definição de Carvalho Filho (2007):

é um processo dinâmico e progressivo onde há modificações tanto morfológicas, como funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-los à morte.

O envelhecimento é um fenômeno diferencial para demarcar a última etapa da vida, precursora da morte, obedece a inúmeros fatores endógenos e exógenos nos critérios sociais, culturais, fisiológicos e psicológicos (GÓMEZ, 2002). Todos esses fatores têm grande importância não tendo nenhum, significância inferior já determinada, ocasionando as diferenças de indivíduo para indivíduo.

Acrescenta-se ainda que o indivíduo idoso possui várias dimensões: biológica, psicológica, social, espiritual e outras, que necessitam ser consideradas para aproximação de um conceito que o abranja e que o perceba como ser complexo. Martins e Rodrigues (2004) observam que muitas vezes o envelhecimento a velhice e a determinação de quem seja idoso, são considerados apenas com alusão às restritas alterações que ocorrem no corpo, na dimensão física, mas é preciso lembrar que com o passar do tempo, acontecem mudanças também na forma de pensar, de sentir e de agir.

Mas geralmente a menção se dá pelo critério cronológico, em que apesar de não ser seguro, é escolhido devido à dificuldade de determinar a idade biológica: pessoas de mesma

idade podem ser consideradas envelhescentes em estágios opostos cada um envelhece a sua maneira, devendo ser abordado de maneira individual(PAPALÉO NETTO, 2007).

Diante do exposto, ressalta-se o pensamento de não ser interessante generalizar o conceito de envelhecimento, pois este requer uma abordagem muito ampla, tornando-se inseguro, portanto considerar um único conceito associando as suas próprias experiências pessoais, quando se percebe que estas estão relacionadas às determinações sociais. Segundo Duarte (2004), o envelhecimento é um processo individual e difere na maneira de envelhecer, a velocidade e suas vivências, pois as alterações físicas e funcionais causam mudanças a nível intelectual originando uma resposta psicológica que é influenciada também pelo meio social.

### **2.3 A Velhice e a Saúde: seus Mitos e Verdades.**

Durante muito tempo o homem busca entender o termo saúde, evidenciado ao que se tem de mitos e verdades sobre esse assunto, muitas consideradas corretas, outras vistas como inverdades. Muito já foi falado e escrito acerca deste tema, mas quando está relacionado ao idoso se torna ainda mais complexo e peculiar com características diferentes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1947) define saúde com sendo um “estado de total bem-estar, físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade.” Esse conceito considerado avançado para os padrões da época é bastante amplo, valoriza a saúde como um fenômeno multidimensional, com aspectos coletivos e individuais além de abordar os físicos, psicológicos e sociais, mas é um tanto utópico, pois dificilmente poderia ser aplicável a cidadãos das mais diferentes nações onde se impera desigualdade social, preconceitos, repressões e inúmeras dificuldades.

Com esta reflexão expomos outro olhar para saúde, quando Buss (2003) afirma não existir um conceito universal, ela se modifica sob diversas condições sociais, é o resultado de um conjunto de inúmeros fatores diferentes, que tornam, de maneira particular, cada indivíduo mais ou menos saudável. Esta segunda formulação é ampla assim como a primeira, porém torna o fenômeno saúde mais real as condições da nossa sociedade, principalmente no que se refere à população idosa que enfrenta, nessa fase muitas perdas e limitações, sendo, portanto impossível identificar um idoso saudável ao conceito da OMS.

A velhice é um momento em que o individuo vivencia contrastes pelas mudanças fisiológicas, sociais e psicológicas inúmeras como: calvície, canície, redução de resistência física, perdas motoras, enrugamento, entre outras, somam-se também várias mudanças sociais

que diferem de uma cultura para outra, mas na maior parte dos casos observa-se o afastamento do idoso da vida economicamente produtiva, dos círculos sociais e de amizade, muitas vezes culminando a perda de sua autoridade e autonomia e as mudanças psicológicas: sentimentos de solidão, perdas afetivas e ele próprio muda sua forma de olhar para si mesmo (GUERRA; CALDAS, 2008).

Para falarmos de envelhecimento saudável primeiramente é necessário entender que para se ter saúde na velhice é imprescindível considerar o individual sob influência coletiva da sociedade.

Hansen-Kyle (2005) apud Teixeira e Neri (2008) evidencia esse pensamento quando afirma que envelhecer com saúde refere-se a um conceito pessoal cujo planejamento deve ser focado na história, nas características físicas e nas expectativas individuais.

Podemos exemplificar através da hipótese de uma pessoa diabética há anos que já conseguiu se adaptar e viver bem com essa doença pode ser considerado saudável enquanto outra sem doença nenhuma, mas que não se aceita e não entende a velhice como mais uma etapa que deve ser vivida com alegria, usufruindo seus momentos, essa pode não ser considerada saudável. Canguilhem (1995), diz que o que é rotulado normal em um indivíduo pode não ser para outro, não existe rigor nesse fenômeno, a fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para distintas pessoas consideradas concomitantemente, mas é perfeitamente precisa para um único indivíduo considerado sucessivamente.

Sá (2002) declara que o idoso é um ser de seu próprio espaço e tempo, é o resultado do desenvolvimento, e curso de vida, é a expressão das relações, interdependências e faz parte de uma consciência coletiva, que influencia o seu pensar e agir e que pode desvendar suas forças e possibilidades e estabelecer uma conexão com as forças dos outros criando suas forças de organização e empenhando-se em lutas maiores, transformando-as em força social e política.

Tanto a sociedade como os próprios idosos têm dificuldade de observar a velhice e o próprio idoso da forma como tem sido explanada, até porque este é um assunto cercado de mitos negativos de que o ser velho é algo ruim, inútil, dependente e doente e que saúde geralmente está sempre associada à juventude e não à velhice.

De acordo com Potter e Perry (2005), os idosos são inúmeras vezes rotulados como pessoas doentes, incapacitadas, não atraentes, esquecidos, confusos, rígidos, aborrecidos, incapazes de aprender algo novo, além de existir considerações que qualquer interesse sexual é anormal e deve ser desconsiderado.

É evidente que esses falsos conceitos diferem entre os países e culturas em sua forma de considerar o idoso, e é impossível não reconhecer a importância cultural para as pessoas

independente da faixa etária, o meio em que o indivíduo está inserido influencia sua vida e estado de saúde, algumas culturas impõem um maior respeito ao envelhescente devido a sua sabedoria e dedicação a sociedade durante toda vida, outras os permite uma maior assistência social devido às condições econômicas serem mais elevadas, e outros países assim como o Brasil que ainda não trata os idosos como verdadeiros cidadãos e dando lhes viabilidade para ultrapassar essa última fase da vida (BRAGA, 2001).

A formação de estereótipos negativos normalmente está vinculada ao desconhecimento do processo de envelhecimento, realidade que acaba por influenciar a maneira como os outros vão agir com os envelhescentes e como eles próprios vão pensar sobre si mesmos, prejudicando o reconhecimento de suas capacidades, a procura de soluções para suas limitações. Estes problemas se não forem encontrados medidas adequadas, pode ocasionar até uma gerontofobia social isto é medo irracional de tudo que está ligado à velhice (MARTINS; RODRIGUES, 2004).

A proposta de educação é a iniciativa fundamental para mudar aquilo que se encontra no imaginário social, trazer o entendimento de processo natural da vida para o pensamento de todos. Somente através do conhecimento as pessoas podem analisar as alterações no seu corpo, identificando os sinais revelados por eles, é essencial educar o idoso sobre o que acontece com seu organismo para melhoria de sua adaptação.

Para Duarte (2004), a proposta de educação para o envelhecimento é transformar o que está no imaginário social acerca da velhice, colocando em ação toda a energia paralisada, mal direcionada e fazer com que o envelhescente desenvolva todo o seu potencial de maneira criativa, resgatando a naturalidade e a essência da vida.

O pensamento constituído pelos idosos sobre como eles se sentem diante da velhice e da doença poderá mudar de acordo com a camada cultural na qual estão inseridos. Se a doença ocorre durante o envelhecimento então a culpa dessa poderá ser decorrente do próprio idoso ou da sociedade que não lhe propiciou melhores condições de qualidade de vida. O questionamento da relação velhice e doença é algo que os idosos precisam especificar em suas discussões para que não se inventem idéias preconcebidas do significado social do envelhecer. A doença não sucede durante o envelhecimento como um castigo é um fato natural do ser humano que poderá acontecer em algum período de sua existência seja, na infância, na vida adulta ou na velhice e possivelmente, poderá levá-lo à morte (SANTOS 2002).

O olhar do idoso sobre a velhice muitas vezes é deixado de lado sendo os seus eventos quase sempre comentados por outras pessoas que muitas vezes enquadram o envelhescente como problema social, não se pode negar a importância do relato dos atores

sociais para adquirir conhecimentos sobre a realidade por eles vivenciados. Além das pesquisas realizadas baseadas na opinião dos idosos promoverem uma maior valorização dessas pessoas criando oportunidades deles se manterem ativos, reconhecendo a relevância de sua participação social.

A sociedade por muito tempo tem calado a população idosa, mas o crescimento dessa tem aberto portas para suprir as suas necessidades. As idéias formuladas por eles são imprescindíveis, pois é através delas que se identificam os estereótipos negativos, a falta de informação sobre doenças, tratamentos, alterações de nosso organismo e modificações sociais esses aspectos influenciam o estado de saúde dos idosos.

Essa etapa é cercada por inúmeros mitos que devem ser revistos e analisados, pois podem prejudicar a vida de muitas pessoas e para evitar esse fato é necessário que exista orientação e o conhecimento apurado de quais são esse conceitos em determinada população. Partindo da consciência do que ocorre com o corpo é presumível a quem envelhece melhoria na qualidade de vida, porque conhecer o seu organismo nesse período é fundamental para sua adaptação. Aprender a envelhecer caminha unida a aprender a viver, pois mudanças de comportamento consentem um posicionamento mais saudável (DUARTE, 2004).

As vivências e os conhecimentos que informam a vida prática das pessoas são fundamento para uma abordagem educativa devendo criar contextos de intercomunicação favoráveis à reflexão sobre como as pessoas entendem o processo saúde/doença, os enigmas que enfrentam e as táticas relacionadas às adversidades do contexto social e ações educativas em saúde determinam objetivamente interferências benéficas nos determinantes sociais do envelhecimento, originando espaços e políticas favoráveis à saúde podendo proporcionar um subsídio significativo ao expressarem o compromisso social e partilharem com os idosos os desafios nessa direção o incentivo a participação vislumbra um abrir de portas a criatividade sobre a vida e ao desejo de agir na construção de outras realidades possíveis, mais propícias à qualidade de vida no envelhecimento (ASSIS, 2005).

## **2.4 O processo do envelhecimento e suas alterações fisiológicas**

O envelhecimento se inicia a partir de dentro de cada pessoa denominado envelhecimento intrínseco, esse se refere para alterações normais que são geneticamente programadas e quase universais dentro de uma espécie, e existe também o envelhecimento extrínseco decorrente das influências externas à pessoa. O bem estar de um indivíduo depende de fatores físicos, mentais, sociais e ambientais sempre necessitando de uma avaliação total

incluindo o exame dos principais sistemas corporais, dos estados mentais e sociais e da capacidade de ser independente apesar de uma doença crônica (SMELTZER; BARE, 2009).

Nesse momento da vida acontecem frequentes mudanças fisiológicas que são consideradas normais, essas mudanças nem sempre são processos patológicos, mas podem ocasionar deixando o idoso mais susceptível a algumas condições clínicas. Alguns envelhescentes passam por todas essas alterações já outros só percebem algumas (SMELTZER; BARE, 2009).

O que primeiramente envelhece e estão sempre sendo alteradas são as células, que em tempos diferentes de acordo com o órgão a que pertencem são classificadas em três tipos: células relativamente indiferenciadas que produzem outras células, células derivadas do grupo anterior que possuem diferenciação funcional, células diferenciadas que raramente se dividem e as células que não se dividem esses dois últimos tipos são as que no envelhecimento não se reparam tornando-se definitivas e irreversíveis (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2007).

Diversas estruturas são alteradas como aumento da circunferência do crânio, da amplitude do nariz, pavilhões auditivos, do diâmetro transverso do tórax, do diâmetro ântero-posterior do abdome e do diâmetro biilíaco, diminuição da prega cutânea tricípital e manutenção da subescapular conseqüente a distribuição centrípeta do tecido adiposo. Acompanhando essas transformações temos ainda as alterações funcionais podendo ocorrer em todos os setores do organismo sendo variável de pessoa para outra (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2007).

O processo do envelhecimento determina diversas alterações no sistema cardiovascular; há uma redução da força contrátil do miocárdio causando uma diminuição do débito cardíaco, quando o idoso se encontra estressado ou ansioso isso pode agravar-se, o corpo tenta compensar aumentando o ritmo cardíaco, mas depois o organismo retarda e volta à normalidade, ocorre ainda o espessamento das paredes dos vasos sanguíneos, estreitamento dos vasos luminiais, perda da elasticidade dos vasos, calcificação de valvas cardíacas, diminuição da sensibilidade do barorreceptor, da eficiência das valvas venosas, aumento da tensão vascular pulmonar e redução da circulação periférica. Mas embora seja a hipertensão uma condição crônica comum, não é uma alteração normal do envelhecimento e predispõe os idosos a várias outras doenças (POTTER; PERRY, 2005).

Essas alterações cardiovasculares podem ser reduzidas através de mudanças de comportamento como: exercício físico regular, alimentação adequada, controle de peso,

medições frequentes da pressão arterial, controle do estresse e cessação do tabagismo e alcoolismo (SMELTZER; BARE, 2009).

Já no sistema respiratório as alterações relacionadas à velhice afetam a capacidade e funcionamento pulmonar. A configuração do tórax às vezes muda, o diâmetro ântero-posterior aumenta, ocorre uma diminuição da elasticidade e a atrofia dos músculos esqueléticos reduzindo a capacidade de expansão da caixa torácica, colapso osteoporótico das vértebras causando cifose, aumento da rigidez pulmonar e área de superfície alveolar diminuída. Funcionalmente o sistema respiratório do idoso encontra-se comprometido esta deficiência se mostra mais presente em momentos de esforços ou quando ele já apresenta um processo patológico pulmonar, que vai somar-se às transformações ocasionadas pelo envelhecimento (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2007).

Essas alterações podem ser reduzidas se o envelhescente tiver precauções como: exercício físico regular, ingesta hídrica adequada, vacinação e imunizações anuais sempre realizadas, evitar contato com pessoas doentes, cessação do tabagismo e higiene freqüente das mãos (SMELTZER; BARE, 2009).

Com o envelhecimento ocorrem modificações relacionadas à aparência da pele, a camada epitelial fica mais fina, as fibras de colágeno elásticas diminuem e se tornam mais rígidas, rugas faciais e no pescoço refletem longa vida de atividades musculares, gravidade sobre os tecidos e elasticidade reduzida podendo ainda aparecer manchas e lesões pelos braços e antebraços, e angiomas pequenos, arredondados e avermelhados pelo tronco, lesões seborréicas ou ceratoses como lesões irregulares, ovais ou arredondadas, marrons e úmidas. Na velhice a pele por ser um órgão de proteção sempre exposto sofre muita exposição ao sol e outros agentes que podem contribuir a essas lesões podendo até causar lesões pré-malignas e malignas (POTTER; PERRY, 2005).

A maneira de ocasionar essas alterações de forma saudável é realizando a prevenção contra a exposição solar, utilizar cremes cutâneos lubrificantes e manutenção de ingesta hídrica adequada de água (SMELTZER; BARE, 2009).

No sistema reprodutor as alterações na estrutura e funcionamento são resultados das alterações hormonais, a produção de estrogênio e progesterona cessa com a menopausa, que ocorre a redução da resposta dos ovários aos hormônios hipofisários. Na mulher ocorre o adelgaçamento da parede vaginal, combinado com o estreitamento no tamanho e perda da elasticidade, reduzindo as secreções vaginais causando um ressecamento, prurido e acidez diminuída, atrofia do útero e dos ovários e tônus diminuído da musculatura pubococcígea ocasionando uma vagina e períneo relaxados tudo isso contribuído para que possa acontecer

uma relação dolorosa e até sangramento. Enquanto no homem não há termino definitiva da fertilidade, a espermatogênese sofre uma redução contínua, as alterações morfológicas freqüentes são a redução do pênis e dos testículos acompanhando uma diminuição nos níveis de androgênios. Essas modificações, no entanto não chegam a atingir a libido (POTTER; PERRY, 2005).

As atividades sexuais e o desejo diminuem, mas não terminam, existindo formas de melhorar a condição como o uso de lubrificantes hidrossolúveis, a reposição local por via intravaginal de estrogênio, existe muitas maneiras de tratamento para disfunção erétil, não esquecendo que a prática de atividades físicas também é benéfica para o desempenho sexual (SMELTZER; BARE, 2009).

Nos rins durante o processo do envelhecimento podemos verificar a diminuição do número de néfrons, espessamento da membrana basal, esclerose e hialinização glomerulares, aumento do tecido conjuntivo intersticial e mudanças tubulares, resultando em menor quantidade de filtração, função tubular reduzida, reabsorção e concentração da urina prejudicada e uma restauração demorada do equilíbrio ácido-básico (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2007). Diante dessas alterações se mostra necessário um cuidado para consumir quantidade e tipos de liquido adequados para redução do risco de infecções e incontinência urinaria, ter sempre acesso imediato a instalações sanitárias, realizando micção a cada 2 ou 3 horas no período em que estiver acordado, evitar consumo de bebidas irritantes a bexiga como bebidas cafeinadas, carbonatadas, ácidas e álcool (SMELTZER; BARE, 2009).

Durante o envelhecimento são reconhecidas transformações em todas as estruturas que forma o aparelho digestivo, na cavidade oral observa-se diminuição salivar, ressecamento na boca, deterioração e perda dos dentes, distúrbios de deglutição, disfagia orofaríngea causada pelo comprometimento da função salivar, motricidade da língua, palato, faringe e perda do tônus do músculo cricofaríngeo. Ainda podendo acontecer disfagia esofágica ocasionada pelo presbiesófago que é marcado por menor intensidade das contrações peristálticas, no estômago ocorre uma atrofia na mucosa que causa nos idosos a lentidão do esvaziamento gástrico, no intestino delgado sucede um alargamento e achatamento das vilosidades com diminuição da superfície de absorção, Apesar da tolerância a gordura na velhice ser reduzida os órgãos como fígado, vesícula biliar e pâncreas não sofrem alterações funcionais (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2007).

As práticas que promovem a saúde do sistema gastrintestinal compreendem cuidados habituais com os dentes, ingestão de alimentação pequena e freqüente, evitar atividades intensas após as refeições, dieta rica em fibras e sem gordura, equilíbrio na ingesta hídrica,

estabelecimento de uma rotina intestinal regular, atenção ao utilizar laxantes e antiácidos podendo ser evitados (SMELTZER; BARE, 2009).

Ocorrem mudanças também nas fibras musculares que reduzem de tamanho, a força muscular diminui comparando-se com a massa muscular e a massa óssea declina de forma gradual e progressiva acarretando um maior risco a fraturas nessa fase da vida, também ocorre redução na altura devido às alterações osteoporóticas da coluna vertebral e flexão do joelho e quadris (POTTER; PERRY, 2005). Para melhoria da qualidade de vida é indicado a suplementação de cálcio, vitamina D, flúor, estrogênios e exercícios físicos de sustentação de peso são regularmente prescritos as pessoas que apresentam risco ou já se encontra em um quadro de osteoporose (SMELTZER; BARE, 2009).

No processo de envelhecimento é considerado como mecanismo principal nas decodificações o sistema nervoso que promove uma serie de alterações anatômicas e químicas no encéfalo e medula (ARAÚJO, 2006).

As modificações se iniciam com uma redução no fluxo sanguíneo cerebral e outras alterações, como a perda dos neurônios que acontece em maior parte no córtex e em menor no tronco cerebral onde comumente se encontram os centros reguladores da homeostase essa perda de células ocasiona uma diminuição progressiva da massa cerebral e da síntese e metabolismo dos principais neurotransmissores. O sistema nervoso autônomo atua com menos eficiência podendo ocorrer à hipotensão postural fazendo com que o individuo perca a consciência ou fique tonto ao se levantar rapidamente. Os estresses físicos são grandes fatores que ameaçam a função mental esses retardos que podem ocorrer aumentam a possibilidade de quedas e lesões principalmente em transportes automobilísticos devendo ser ter atenção dos cuidadores, familiares e pessoas que convivem para assegurar qualquer ocasião (SMELTZER; BARE, 2009).

As perdas sensoriais afetam todos os órgãos sensoriais, o idoso geralmente tem menor percepção da temperatura ambiente e suas variações, diminuição da sensibilidade tátil e olfativa. A visão, à medida que novas células se desenvolvem na superfície externa do cristalino, as antigas centrais se aglomeram tornando-se amareladas, rígidas, densas e turvas, deixando a porção externa do cristalino elástica podendo até alterar a forma e focalizar nas distâncias próximas e remotas e quando o cristalino se torna menos flexível, o ponto próximo do foco fica mais distante, esse estado é denominado presbiopia, ocorrendo na maioria das vezes a partir da quinta década de vida, exigindo o uso de óculos para leitura, altera a percepção das cores, dificulta o ajuste a mudanças da luz para escuridão, aumento da sensibilidade a iluminação (SMELTZER; BARE, 2009). Na audição observamos a

presbiacusia perda da habilidade de ouvir, espessamento da membrana do tímpano, esclerose do ouvido interno e podendo acontecer aumento da produção de cera. O paladar também sofre modificações os sabores doces ficam mais ofuscados, freqüentemente essa menor sensibilidade contribui para preferência por alimentos mais temperados e salgados (POTTER; PERRY, 2005).

Nessa faixa etária ocorrem muitas alterações da imunidade celular e humoral, geralmente relacionadas à involução e atrofia do timo que vai acontecendo de forma gradual podendo perde ate 95 % de sua massa e sua capacidade de produzir hormônios nos primeiros 50 anos de vida (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2007).

## **2.5 O papel da enfermagem na assistência ao envelhecimento**

A enfermagem gerontogeriatrica é a composição da especialidade do conhecimento e da prática da enfermagem fundamentada nos conhecimentos provenientes da enfermagem geral, da geriatria que é uma disciplina médica e da gerontologia, área abrangente, que vem se construindo à luz dos conhecimentos de várias disciplinas básicas e aplicadas (GONÇALVES; ALVAREZ, 2004).

O trabalho em enfermagem gerontogeriatrica norteia, para os cuidados específicos, o que obriga a uma maior utilização dos conhecimentos adquiridos, da criatividade e da capacidade de compreender as relações existentes entre o idoso, a sua família e a sua comunidade e sociedade (NOELY; MENEGHIN, 2005). Conforme Smeltezer e Bare (2009), a assistência sistematizada de enfermagem nos possibilita identificar as dificuldades dos idosos de forma individualizada, planejar, executar e avaliar o atendimento a cada situação.

Deve-se utilizar uma abordagem contextualizada e individualizada, ao cuidar do idoso, deve-se considerar a multidimensionalidade na enfermagem abrangendo em seus conhecimentos e práticas o processo do envelhecimento para possibilitar ao idoso condições de saúde e diminuir e compensar as perdas e limitações relacionadas a velhice (DUARTE; DIOGO, 2005).

A consulta de enfermagem é o meio do qual a enfermeira assume a responsabilidade quanto à ação a ser determinada frente aos problemas detectados e estabelece a sua intervenção (SMELTER; BARE, 2009). Na consulta de enfermagem ao idoso o levantamento de dados deve estar relacionado aos dados pessoais, de saúde, da família, atividades diárias buscando a rotina, os problemas e o potencial do idoso (SILVA; BATISTA, 2005).

O exame físico exige que o profissional detenha conhecimento da fisiologia, das diversidades socioculturais, das co-morbidades que surgem e sendo capaz de reconhecer o envelhecimento natural, evitando diagnósticos e terapêuticos desnecessários (DUARTE; DIOGO, 2005).

Ao planejar deve-se considerar o ambiente, recursos disponíveis, serviço de apoio, ressaltando que a enfermagem não é uma ciência estática precisando sempre de uma nova análise e revisão do que está sendo feito e dos dados, objetivando o que deve ser alcançado juntamente com o idoso. A equipe de enfermagem precisa estimular o auto-cuidado, atuando na prevenção e não-complicação das doenças inevitáveis, individualizando o cuidado a partir do princípio de que cada idoso vai apresentar um grau distinto de dependência, diferindo assim a maneira de assistência (SILVA; BATISTA, 2005).

A intervenção tem como objetivo a prevenção de problemas, promoção do conforto físico e psíquico e redução da dependência do idoso, procurando atender a responsabilidade para o auto cuidado, devendo estar centrada na rotina do envelhescente. Na avaliação da assistência prestada é observado o desempenho do idoso diante dos objetivos traçados no planejamento (SILVA; BATISTA, 2005).

Os enfermeiros devem proporcionar ao idoso um atendimento adequado, seguindo alguns caminhos, como: manutenção do bem-estar e vida autônoma, avaliação das necessidades do idoso e de sua família e não em sua doença, desenvolvimento de um trabalho multi, inter e transdisciplinar, buscando dividir responsabilidades, defendendo os direitos dos idosos e sua família e ampliando seus conhecimentos profissionais para além da área gerontológica, considerando todas as dimensões as quais o ser idoso está inserido (GANDOLPHO; FERRARI, 2006).

A saúde das pessoas em geral e em especial a dos idosos merece ser tratada de forma holística, com ações integradas de profissionais capacitados, sendo necessária a enfermagem uma assistência ao idoso assim como a sistematizada para outros indivíduos logicamente distinguindo as individualidades e particularidades de cada um na avaliação das atividades da vida diária, planejamento da assistência, intervenção e avaliação da assistência prestada. A enfermagem deve ser visto como fator modificador da qualidade de saúde do indivíduo idoso, a saúde não pode ser encarada como única e exclusivamente ausência de doença (SILVA; BATISTA, 2005).



### **3. PERCURSO METODOLÓGICO**

### **3.1 Tipo de estudo**

Para alcançar os objetivos propostos, fez-se a opção por uma pesquisa participativa com estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, procurando representar a percepção do idoso sobre a velhice através da análise das narrativas colhidas em uma entrevista semi-estruturada com um grupo de envelhescentes. Os discursos foram interpretados sem se deter a quantificar a pesquisa, mas sim se buscou de maneira clara formular através das experiências dos atores sociais a real vivência do envelhecimento.

De acordo com Andrade (2003), a pesquisa exploratória tem por finalidade proporcionar maiores informações sobre determinado assunto, explorando assim o tema a ser estudado e tendo em vista a obtenção de uma melhor compreensão. Já a pesquisa descritiva, segundo Thomas e Nelson (2002,) descreve que com base na premissa de que os problemas podem ser resolvidos e as práticas aperfeiçoadas por meio da observação, análise e descrição objetivas e completas. Dentro desta característica, a pesquisa teve por objetivo formular questões ou problemas com três finalidades: obter hipóteses, familiarizar o pesquisador com o objeto em estudo, para futura pesquisa mais precisa ou mudar e esclarecer conceitos (LAKATOS; MARCONI, 2008).

Esta pesquisa também foi caracterizada como qualitativa, pois segundo Thomas e Nelson (2002) é um processo sistemático de investigação, que adota o método científico de resolução de problemas em um grau considerável.

Minayo (1994) afirma que a impossibilidade de pesquisar e compreender por meio de dados estatísticos alguns fenômenos voltados para a percepção, à intuição e a subjetividade surge à pesquisa qualitativa. Ela trabalha com a investigação das explicações do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que direciona a um ambiente mais profundo das relações humanas e fenômenos vivenciados cotidianamente.

### **3.2 Local da pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida em um grupo de idosos da área de atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF), no PSF-VIII também denominado PSF Zú Silva localizado no bairro São José de classe média baixa na cidade de Sousa – PB é formado por uma equipe que contém o médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, técnico de higiene dental, 5 agentes de saúde, auxiliar de serviços gerais e recepcionista . A opção por este ambiente de

pesquisa deve-se a busca de conhecimento a partir da própria sociedade e seu dia-a-dia e procurando maior seguridade ao grupo que se encontrara em sua própria residência, além de ser uma área já conhecida pela pesquisadora que já esteve em estágio no mesmo, facilitando o avanço da pesquisa, o conhecimento e o entrosamento com toda equipe de saúde principalmente os agentes de saúde que foram instrumento de ligação entre a pesquisadora e a comunidade. Cada agente expôs sua comunidade idosa e acompanhou durante a pesquisa em sua área para que os entrevistados se sentissem mais a vontade em participar. Área de comunidade diversa, com pessoas de classe social média possuindo também uma parte da população mais necessitada, oferecendo conhecimento amplo de diferentes realidades.

### **3.3 Participantes do estudo**

A população-alvo para uma pesquisa é aquela de interesse ao pesquisador, a população de acesso é o grupo de pessoas que têm as mesmas características definidas para um determinado estudo e que são de fácil acesso ao pesquisador (POLIT; HUNGLER, 2005).

Segundo Costa e Campos, (2009) amostragem é o método de seleção de uma parte da população para representar a totalidade e uma amostra é um subconjunto de entidades que formam a população.

A pesquisa foi realizada com uma população de idosos de ambos os sexos que tinham idade de 65 a 80 anos, que residem nas áreas de atuação da Estratégia Saúde da Família do PSF-XIII na cidade de Sousa. A área possuía em média uma população de 70 idosos nas condições necessárias para a entrevista, a amostra foi de 35 pessoas selecionadas de acordo com a disponibilidade destas, suas condições mentais, levando também em consideração a participação voluntária na pesquisa após a explicação dos objetivos do trabalho e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

### **3.4 Instrumento e coleta de dados**

Foi realizada uma entrevista semiestruturada utilizando um formulário sócio-demográfico composto por 10 questões onde 6 foram questões objetivas de identificação da amostra e 4 questões subjetivas pertinentes aos objetivos do estudo (APÊNDICE B).

Uma entrevista semi-estruturada é formada por questionamentos básicos, oferecendo possibilidades amplas de interrogativas em seqüência as respostas do sujeito da pesquisa. O

pesquisador tem liberdade de fazer novas perguntas para esclarecer o que considere mais importante para o estudo. (MOURA; FERREIRA; PAINE, 1998).

Inicialmente um ofício foi destinado a Secretaria de Saúde da cidade de Sousa-PB, para disponibilização da pesquisa pelo secretário, após aceita, foi encaminhado o projeto ao comitê de ética da Faculdade Santa Maria, o qual permitindo, iniciamos a pesquisa em junho de 2009.

Para dar início as entrevistas foi necessária inicialmente uma apresentação pessoal no PSF-XIII para equipe de saúde e principalmente aos agentes de saúde que foram instrumento de ligação com a população-alvo, seguindo com a explicação do método e objetivos da pesquisa e os agentes explanaram de forma sucinta dados da população de suas determinadas áreas de atuação.

As entrevistas foram realizadas individualmente nas próprias residências dos participantes para seu melhor conforto e disponibilidade dos mesmos, sempre contando com a presença do agente de saúde esse que fazia uma breve apresentação para que assim os entrevistados tivessem mais confiança no entrevistador. O formulário era respondido oralmente, e seqüencialmente escrito pelo pesquisador participante.

Durante a pesquisa foi possível observar o bem estar dos participantes em poder participarem e expor seus pensamentos de forma livre e aberta, muitas vezes expressando acontecimentos e relatos não relacionados à pesquisa, o que em alguns momentos dificultou o termino da pesquisa, mas ressaltamos que foram obtidos os questionamentos de abordagem no estudo.

### **3.5 Análise dos dados**

No desenvolvimento desse estudo foi realizada uma análise dos dados de forma qualitativa, utilizando o método do discurso do sujeito coletivo (DSC) através da proposta de Lefèvre e Lefèvre (2000), que possui um procedimento de ordenação e tabulação de dados de natureza verbais obtidos através de depoimentos onde é extraída de cada um a matéria prima sob forma de um ou vários discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular expressando o pensamento de uma coletividade sobre determinada temática.

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), esta técnica consiste em operadores metodológicos em selecionar nas respostas individuais a um questionamento, as expressões-chaves, as idéias centrais (ICs) e os DSCs as primeiras são segmentos literais e mais significativos dos

depoimentos, que sinalizam os principais conteúdos das respostas, as segundas são expressões sintéticas, que indicam os sentidos de cada depoimento e de cada categoria de depoimento, e o terceiro, os signos compostos pelas categorias e pelo seu conteúdo, ou seja, as expressões-chave que apresentam idéias centrais semelhantes agrupadas numa categoria.

A análise é feita através de um procedimento de tabulação de depoimentos verbais, que consiste primeiramente em analisar o material coletado de entrevistas feitas a partir de um roteiro de questões abertas, extraindo-se de cada uma das respostas as expressões-chaves em seqüência se identificam as idéias centrais de cada expressão finalizando com o agrupamento das expressões-chave formando um discurso síntese relacionadas à ICs tanto as idéias semelhantes quanto as complementares sendo assim denominado de discurso do sujeito coletivo.

### **3.6 Posicionamento ético das pesquisadoras**

As pesquisadoras seguiram fielmente as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no cumprimento ao termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), que trata da participação voluntária, confidencialidade dos dados, anonimato, desistência a qualquer momento da pesquisa e permissão para publicação da pesquisa. Para que seja possível a coleta de dados, o projeto foi encaminhado para apreciação e parecer ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria que julgou favorável a pesquisa.

Antes do início da entrevista todos os participantes foram informados do que se tratava o trabalho seu método, objetivos e participaram aqueles que aceitaram e entenderam o que foi informado e assim assinaram o termo de consentimento esclarecido.



#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Nesse capítulo enfocaremos os resultados e discussões da coleta e análise dos dados que foi realizada de maneira qualitativa seguindo as idéias do DSC de Lefrève e que foi composto por duas partes a primeira, que será descrita a seguir é formada pela caracterização da amostra através do perfil sócio-demográfico utilizando-se de variáveis como sexo, estado civil, nível educacional e faixa etária que são requisitos importantes para apreender informações peculiares do perfil dos participantes e a segunda é uma análise das respostas subjetivas acerca do envelhecimento utilizando o DSC.

#### 4.1 Caracterização da amostra

**Tabela 1** - Apresentação dos idosos segundo: sexo, estado civil.

VARIÁVEIS	f	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	30	86%
Masculino	05	14%
<b>Estado Civil</b>		
Casado (a)	13	37%
Viúva	15	43%
Solteira	07	20%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**Fonte:** Pesquisa direta 2009.

Na tabela 1 foram encontrados 86% do gênero feminino e 15% do masculino, em relação ao estado civil 43% são viúvas, 37% casados e 20 % solteiras.

Quanto ao estudo destacou-se um elevado número de participantes viúvas, onde se vale a menção de que eram constituídos 100% por mulheres esse fator pode está relacionado à maior longevidade feminina. Goldani (1999), afirma que a maior sobrevivência e longevidade feminina está comprovada por todas as sociedades modernas que lançam inúmeras hipóteses que justificam o fato do homem morrer mais cedo, como as que envolvem diferenças sociais, estilos de vida, fatores de risco como tabagismo, consumo de gorduras saturadas, comportamento e ocupações de risco passando para explicações biológicas como o efeito protetor dos hormônios femininos e o ciclo menstrual, diferenças de metabolismo associadas às lipoproteínas, e até os efeitos genéticos e os processos reparadores de ácido desoxirribonucleico (DNA).

**Tabela 2** - Apresentação dos idosos segundo: nível educacional e faixa etária.

VARIÁVEIS	f	%
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto (a)	05	14%
Alfabetizado (a)	07	20%
Estudando atualmente	03	09%
Ens. Fund. Incompleto	16	46%
Ens. Superior Completo	04	11%
<b>Idade</b>		
65 – 74 anos	26	74%
75 – 84 anos	09	26%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa direta 2009.

Na tabela 2 no que se refere ao nível de instrução escolar observa-se que 46% possuía o ensino fundamental incompleto, 20% apenas alfabetizados, 14% analfabetos, 11% superior completo e 9% encontravam-se estudando. No que corresponde a idade, foi utilizada uma divisão proposta por Papalia e Olds (2000), que classifica os idosos em três grupos: os *idosos jovens*, pessoas na faixa etária de 65 a 74 anos, os *idosos velhos* entre 75 a 84 anos e os *idosos mais velhos* com idade de 85 anos ou mais. Constatou-se 74% de idosos jovens e 26% de idosos velhos, não estando inseridos os idosos mais velhos porque a pesquisa foi delimitada aos idosos entre 65 e 80 anos.

Com relação ao nível de instrução escolar observamos um número elevado de participantes com o ensino fundamental incompleto e apenas um pequeno número de analfabetos, tais características tem forte relação ao ambiente que a pesquisa foi desenvolvida, ou seja, em zona urbana num município de médio porte, num bairro de classe média. Todos estes aspectos referenciam favoravelmente o perfil populacional no que diz respeito também ao grau de escolaridade, subentendendo maior acesso ao ensino e melhores condições de vida.

Para Feliciano, Moraes e Freitas (2004), o nível de educação reflete um dos aspectos da desigualdade social no país e que a situação de analfabetismo pode, por si só, ser considerado um fator de limitação para a sobrevivência e para a qualidade de vida, reflete ainda a organização social do começo do século que bloqueou o acesso à escola aos com disponibilidade de renda inferior e às mulheres.

Apesar de um número reduzido, foi encontrado idosos buscando conhecimento nessa fase da vida, aspecto importante em nossa pesquisa dos envelhescentes estão em fase de

aprendizado escolar. Para Coura (2007), a educação promove uma ampliação de aprendizagens, provocando mudanças em seus modos de ser, agir e pensar, o retorno à escola tem aumentando seus espaços de convívio social, intensificado as relações familiares, promovido o desejo por aprender coisas novas e fazer novos cursos, melhorado a auto-imagem destes sujeitos e, conseqüentemente lhes permitindo uma maior inserção social potencializando não apenas suas capacidades relativas ao aprendizado de conteúdos curriculares, mas também seu potencial de relacionar-se com o mundo e fazer parte ativamente dele.

#### 4.2 Dados qualitativos analisados segundo DSC – Lefevre & Lefevre

**Quadro 1 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Para você o que é envelhecer?**

IDÉIA CENTRAL (IC) - 1.1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
Concepção negativa.	<i>Envelhecer é muito ruim [...] é a coisa mais horrível [...] vem o cansaço e a fraqueza [...] a coragem não é a mesma [...] tem medo de morrer de adoecer e sofrer [...] o velho não é nada [...] o duro não é ser velho é depender dos outros.</i>
IDÉIA CENTRAL (IC) – 1.2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
Concepção positiva	<i>Envelhecer para mim foi ótimo [...] é vivência, o idoso pode tudo [...] não tenho o que reclamar [...] a vida agora é melhor que antes [...] é um prazer para mim ter aturado esse monte de tempo [...] sou feliz e quero viver mais.</i>

No quadro 1, ressaltou-se discursos que identificam duas imagens opostas do envelhecimento uma negativa referindo a alterações fisiológicas, patológicas e sentimentos peculiares de suas individualidades e uma positiva referindo a vivência, realizações pessoais, descrevendo o processo do envelhecimento como melhoria de vida e satisfação por todos os anos, emoções, fatos e experiências vividas.

O idoso identifica o processo de envelhecimento de acordo com sua história e modo de viver, e dentro de suas particularidades conceitua o que seria “envelhecer”. Sinésio (1999), afirma que para cada pessoa, o sentimento do envelhecimento é muito diversificado; existe quem, com mais de oitenta anos, pensa e age como jovem e pessoas jovens que são verdadeiros velhos.

As características dessa fase da vida, segundo Duarte (2004), evidenciam que esse período é marcado por introspecção e reavaliação de muitos fatores existentes no cotidiano em consequência das variadas mudanças como a independência dos filhos, a confirmação da aposentadoria, as modificações físicas.

Os indivíduos passam por alterações durante toda vida e aspectos físicos são modificados o que comumente traz diferentes sentimentos nos idosos, juntamente com tais alterações, temos ainda aspectos socioculturais e históricos envolvendo a pessoa sendo assim, o envelhecimento pode ser reconhecido e estabelecido de distintas maneiras nos indivíduos tudo irá depender do ângulo observado e sentido por cada um (ALMEIDA; CUNHA, 2004).

Muitas pessoas ainda têm medo do envelhecimento porque relacionam velhice com doença devido a ter convivido com muitos mitos e verdades a esse respeito. De acordo com Santos (2003), as pessoas ao serem questionadas evidenciam uma relação entre a velhice e a doença, como se essa opinião fosse imposta e não verdadeiramente sentida.

Segundo Guerra e Caldas (2008), a velhice apresentada como sinônimo de doença pode estar relacionada com a influência dos estereótipos pré-estabelecidos em relação ao envelhecimento e a velhice pela sociedade.

E em contraste também observamos uma percepção positiva do envelhecimento; isso é justificado por fatores pessoais de história de vida como sua posição social, apoio familiar, autonomia financeira, o contexto social no qual está incluído, disposição para enfrentamento de dificuldades, dentre inúmeros aspectos que induzem a uma qualidade de vida, fazendo o idoso olhar para o processo de envelhecimento de forma satisfatória.

A visão favorável do envelhecimento está começando a ganhar força atualmente, e que está intimamente associado ao crescimento do número de idosos em todo o mundo que é também consequente a uma maior conscientização dos seus direitos, assim como sua capacidade de influência nas diversas esferas sociais (LEITE. *et.al*, 2005).

**Quadro 2 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: O que mudou na sua vida na velhice?**

IDÉIA CENTRAL (IC) – 2.1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
Mudanças patológicas e fisiológicas	<i>Mudou muita coisa sinto cansaço tem dias que não tenho disposição para fazer as coisas [...] a gente adocece [...] não tem mais força [...] tem dificuldade de concentração a memória não esta como antes e nem a audição [...] não tem como dizer que é a mesma coisa.</i>
IDÉIA CENTRAL (IC) – 2.2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
Mudanças no papel social e atuação financeira	<i>Mudou completamente agora eu to só em casa [...] não pode trabalhar é ruim [...] mas hoje eu tenho meu dinheiro.</i>
IDÉIA CENTRAL (IC) – 2.3	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
Negação das mudanças.	<i>Não senti muita mudança eu tenho saúde [...] quase não sinto diferença.</i>

No quadro 2 as respostas convergem para as modificações físicas que limitam o idoso a certas atividades antes, simples e agora necessitando de uma melhor adaptação a um novo estilo de vida. A ausência do trabalho e a presença da aposentadoria como fator social importante e vimos os que negam as mudanças na velhice afirmando conseguir manter sua vida quase totalmente na mesma maneira.

O cidadão constrói toda uma vida de trabalho, serviço e colaboração ao seu país sofrendo um forte impacto com a impossibilidade de manter esse aspecto social adquirindo sentimentos de inutilidade, afastamento de relações de amizade, ociosidade, finalização de uma rotina diária existente há anos e dependência econômica. Muitos idosos têm dificuldade de se adaptar a um novo estilo de vida totalmente diferenciado, além do fator aposentadoria que por muitas vezes não consegue suprir as reais necessidades de cada um.

Diante dessas limitações representadas pelo grupo ressaltamos a afirmação de Duarte (2004), que relata haver uma dificuldade maior com o decorrer da idade na realização de algumas tarefas que necessitam um funcionamento excelente do organismo, na medida em que o corpo se deteriora há uma diminuição de seu desempenho em atividades que exigem velocidade ou boa memória em curto prazo; acontecem ainda transformações físicas e fisiológicas definidas durante o ciclo vital que não ocorrem na mesma intensidade para todas as pessoas, existem **amplas**

alterações individuais e concomitantemente à estas mudanças e perdas normais desta etapa, o organismo torna-se mais vulnerável a problemas de saúde e alguns estão mais relacionados à velhice.

O impacto causado pela aposentadoria e cessação de vida social ocasionada pelo trabalho já foi por muitas vezes revelada por idosos e estudiosos e segundo Gatto (2002), na velhice há uma diminuição da adaptabilidade social, gerada pela aposentadoria, perda de familiares e amigos ocasionando uma diminuição da base social essa perda de ordem econômico-social relacionada à aposentadoria acarreta ruptura do vínculo profissional e do papel social.

A vida profissional é um dos setores mais valorizados pela sociedade atual, oferecendo prestígio e autonomia, o papel de trabalhador garante direitos e uma imagem bem sucedida o que torna o indivíduo feliz com seu espaço social.

O trabalho é um dos aspectos que causam crise nesse período de vida visto que é a esfera de vida mais valorizada na sociedade contemporânea, o que faz que o indivíduo seja avaliado constantemente pelos outros e por si mesma, o papel de trabalhador favorece um espaço de destaque entre os outros papéis sociais representativos do cidadão, formando a identidade individual (DUARTE, 2004).

Muitas pessoas não toleram a idéia de estarem envelhecendo devido a inúmeros fatores sociais e individuais é evidente que no decorrer de toda a vida ocorram mudanças, mas a percepção dessas ocorre de forma particular. Para Paschoal (2004), atualmente existe uma grande negação em se tornar velho, as pessoas evitam planejar e pensar a respeito desse momento, numa sugestão de que este pensamento está unido à imagem pejorativa do velho.

**Quadro 3 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Em relação às outras pessoas o que mudou?**

IDÉIA CENTRAL (IC) – 3.1	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
Direitos resguardados	<i>As pessoas me tratam diferente hoje [...] me tratam bem demais me respeitam [...] quando eu chego em um lugar sou logo atendida.</i>
IDÉIA CENTRAL (IC) – 3.2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
Preconceito	<i>Em muitos lugares o idoso não é respeitado [...] o povo não respeita as pessoas [...] tem gente que passa por cima [...] os jovens parece que acham que não vão ficar velhos.</i>

No quadro 3 visualizou-se o posicionamento das outras pessoas em relação a si mesmas. Vislumbrasse que ainda existem pessoas preparadas e com nível de entendimento para saber lidar com o idoso respeitando e assegurando os seus direitos, mas que em contradição ainda existem pessoas não educadas e impossibilitadas de se relacionar com o envelhescente com igualdade e respeito dispensando-lhe um comportamento hostil, desrespeitoso.

Vivemos em uma sociedade que idolatra o novo tende a desprezar o que é velho, neste contexto, é complexo tornar a solidariedade algo mais vivenciado por todos, como prática de uma cidadania ativa menos consumista e mais interventiva na comunidade a nossa sociedade em grande parte observa o processo de envelhecimento como uma fase de decadência na maior parte dos casos o envelhescente é rejeitado. (ROCHA, 2009).

O respeito e a maneira de uma determinada comunidade tratar seus idosos está muito relacionada a cada personalidade e ao conhecimento que elas receberam, pois o senso comum interfere de forma adequada ou não desde a antiguidade, na vida e no comportamento das pessoas sendo esses uns dos motivos dessas alterações do olhar sobre o idoso.

O envelhecimento está relacionado a um contexto social, pois o entendimento dele tem um enfoque cultural, pois cada sociedade atribui valores diversos ao idoso. Bueno (2005) corrobora que as sociedades orientais valorizam seus idosos porque estes possuem sabedoria e conhecimento; estes aspectos foram aceitos por algum tempo nas sociedades ocidentais, mas porém atualmente este ser tem vivido ocasiões de descaso e até mesmo desprezo e abandono influenciando negativamente sua socialização com a família e com o meio externo.

A percepção de que o idoso é uma pessoa modificada, devido à idade, evidencia o preconceito e estereótipos quanto ao envelhecimento humano, porém as maiores transformações que ocorrem são relacionadas a uma adaptação ao mundo que tende a excluí-lo (GONÇALVES, 2008)

**Quadro 4 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Como você vê ou percebe um idoso saudável?**

IDÉIA CENTRAL (IC)	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC)
Qualidade de vida	<i>É o idoso que tem felicidade [...] repouso, alimentação saudável [...] não tem preocupação [...] tem alegria da família [...] disposição para caminhar, andar [...] se diverte [...] tem condições, carro e dinheiro.</i>

No quadro 4 os idosos destacaram que para ser um idoso saudável é preciso manter aspectos importantes como ter uma alimentação adequada, bem-estar social e familiar, entretenimento, boas condições financeiras, possuir habilidade motora propícia, ausência de ansiedade e perturbações além de ser alguém com capacidade de enfrentar as dificuldades de maneira prática e espontânea vivendo a velhice com simplicidade e naturalidade.

A manutenção da saúde e autonomia na velhice é uma aspiração básica que potencializa o viver e depende, em ampla maioria de condições sociais e políticas públicas que assegurem direitos básicos de cidadania e permitam práticas tendencialmente saudáveis, como alimentação equilibrada, atividade física, uso prazeroso do corpo, inserção social e ocupacional dotadas de significado, lazer gratificante, além do acesso a serviços assistenciais e preventivos (ASSIS, 2005).

Nessa pesquisa o grupo de estudo tem como entendimento de saúde um complexo conjunto de fatores que alteram nossa forma de viver diferindo do conceito que muitas pessoas ainda possuem de ser a ausência de doença, possibilitando uma melhor atuação das ações da equipe de saúde.

Um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, já que a ausência de doenças é privilégio de poucos, e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças porque na verdade o que vai indicar saúde na velhice é a autonomia, a capacidade de determinar ou executar seus próprios desígnios, como exemplo citamos que qualquer pessoa que chegue aos oitenta anos capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades certamente será considerada uma pessoa saudável não importando saber que essa mesma pessoa é hipertensa, diabética, cardíaca e que toma remédio para depressão se é de classe social alta ou baixa o importante é que como resultante de um tratamento bem-sucedido ela mantenha sua autonomia, seja feliz, integrada socialmente (RAMOS, 2003).



## 5. CONCLUSÃO

Tendo sido realizado no decorrer da pesquisa o embasamento teórico, a aplicação do instrumento de coleta de dados, a análise das informações colhidas sendo adquiridos resultados com base nos objetivos de reconhecer a percepção de um grupo de idosos a cerca do processo do envelhecimento, as mudanças sentidas por eles nesse momento da vida e verificar sua compreensão sobre envelhecer saudável.

O envelhecimento é um processo individual, irreversível e natural, mas que sofre influência do social possuindo conceito complexo e esse muitas vezes difere da realidade, ocasionando inverdades a seu respeito. Esses entraves instigaram-me a buscar entender a compreensão dos próprios idosos sobre o envelhecimento já que a edificação de estudos sobre esse assunto geralmente é baseada no pensamento de pessoas e profissionais que ainda não reconheceram o processo do envelhecimento em sua vida.

Constatou-se com as características sócio-demográficas que a maioria da população era feminina e residia sozinha devido à maior parte delas serem viúvas seguindo do número das casadas e finalmente existindo também as solteiras em menor proporção. Quase toda a população dispunha de um grau de instrução médio existindo uma minoria que havia voltado a estudar o que mostra uma população disposta a receber novos conhecimentos e que busca novas experiências.

O estudo foi satisfatório, pois destacou idéias dos envelhescentes de forma clara e realista através de questionamentos diretos ao que se buscava na pesquisa o processo do envelhecimento, as mudanças ocorridas na velhice, relacionamento com a sociedade e a identificação feita por eles de um idoso saudável.

Evidenciou-se primeiramente a visão dos idosos sobre envelhecer que relataram peculiaridades, definindo-o negativo devida suas alterações fisiopatológicas e por sentimentos e experiências próprias; enquanto outra parte contrapõe essa idéia discorrendo de forma positiva e assegurando vantagens dessa fase.

A abordagem sobre as mudanças alteram-se devido a historia de vida de cada indivíduo, sendo percebida que a maior diferença sentida por eles é em relação à ausência do trabalho e também relacionada a algumas modificações físicas que exigem maior esforço e adaptação para exercer atividades antes cotidianas havendo também os que negam mudanças até esse momento.

Em relação às outras pessoas eles evidenciam que existem pensamentos já formulados pela sociedade essa que atua de maneira complexa e diversificada em relação a eles. O idoso vem ganhando espaço na sociedade, mas ainda é um fato nítido a falta de respeito e compromisso de muitos quando a questão é tratar bem e fazer valer os seus direitos.

O envelhescente saudável foi expresso de maneira única todos possuíam a mesma direção no pensamento em que é alguém sem preocupações financeiras e familiares, que recebe uma alimentação adequada, atendimento de qualidade, pode se divertir e tem assim alegria em viver.

O idoso necessita de uma atenção integrada que atenda suas necessidades e dúvidas proporcionando o conhecimento sobre a saúde e que possam enxergar neles essa condição que vai mais além de bem estar físico, social e psicológico, mas é algo individual que exige atenção a suas particularidades e adaptação as mudanças e limitações ocorridas nesse período.

Foi observado que muito do que é expresso pelos idosos é resultado da falta de informação e educação em saúde necessitando de uma maior atuação de profissionais em proporcionar, sendo necessária uma melhor preparação teórica - prática e integração da equipe para prestar a assistência adequada a esses indivíduos.

Chegou-se à conclusão de que ao traçar a percepção do idoso deve-se considerar as dificuldades com diferentes culturas e compreensões precisando conhecer de forma apurada a população, seus anseios, necessidades estabelecendo aproximação e envolvimento que possibilite espaço para troca de informações e experiências permitindo assim a valorização das pessoas e o respeito mútuo. Os profissionais precisam ter consciência do entendimento certo ou errôneo da população em que atuam para maior qualidade de vida dos interessados.



## **6. REFERÊNCIAS**

ALMEIDA, A. M. O; CUNHA, G. G. Representações sociais do Desenvolvimento Humano **Psicologia Reflexão e Crítica**, p. 147 - 155, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n1/16806.pdf>>. Acesso em: 25 de maio de 2009.

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalho na graduação**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2003

ARAÚJO, A. de. **O Processo de envelhecimento e suas alterações fisiológicas no organismo**. 2006. Disponível em: <<http://www.cdof.com.br/>>. Acesso em: 13 de junho de 2009.

ARAÚJO, L. F. DE; CARVALHO, V. A. M. L; Aspectos Sócio-Históricos e Psicológicos da Velhice. **Revista de humanidades**, v. 6, n. 13, Jan. 2005. Disponível em: <<http://www.cerescaico.ufrn.br>> . Acesso em: 20 de maio de 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS E TÉCNICAS. **NBR 14724: Informação e documentação — Trabalhos acadêmicos — Apresentação**. Rio de Janeiro: 2006.

\_\_\_\_\_. **NBR: 6027: informação e documentação: sumário: apresentação**. Rio de Janeiro, 2006.

\_\_\_\_\_. **NBR 6023: Informação e documentação: referências – elaboração**. Rio de Janeiro: 2006.

ASSIS, M. de. **Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos**. 2005. Disponível em: <<http://www.nates.ufrj.br/>>. Acesso em: 23 de março de 2009.

BRAGA, M. V. B. **Envelhecimento, ética e cidadania**. São Paulo, ago. 2001. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2009.

BRÊTAS, A. C. P; OLIVEIRA, E. M. de. Interseções entre as áreas de conhecimento da gerontologia, da saúde e do trabalho: questões para reflexão. **Saúde e Sociedade**, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v8n2/04.pdf>>. Acesso em: 04 do março de 2009.

BUENO, M. R. Reflexões sobre a valorização do idoso. **Revista travessias**, Goiânia, n.2, 2005. Disponível em: <[http://www.unioeste.br/prppg/mestrados/letras/revistas/travessias/ed\\_002/educacao/reflexoessobrevalorizacao.pdf](http://www.unioeste.br/prppg/mestrados/letras/revistas/travessias/ed_002/educacao/reflexoessobrevalorizacao.pdf)>. Acesso em: 05 de junho de 2009.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, C.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. cap.1, p.15-38.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CALDAS, CP. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: Minayo M. C. S; Coimbra Jr C. E. A. orgs. **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 51-71.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro, jan. 2002. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>> Acesso em: 18 de janeiro de 2008.

CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2007.

COSTA, F. G; CAMPOS, P. H. F. Representação Social da Velhice, Exclusão e Práticas Institucionais. Revista **Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas**, Goiânia, v.1, n.1, mar. 2009. Disponível em: < <http://www.crp09.org.br> >. Acesso em 28 de junho de 2009.

DUARTE, L. T. **Envelhecimento: processo biopsicossocial**. 2004. Disponível em: <<http://www.psiconica.com/>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2009.

DUARTE, Y. A. de O; DIOGO, M. J. D. E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005.

FELICIANO, A. B; MORAES, S. A. de; FREITAS, C. M. de. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, Nov/Dez. 2004. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/scielo.php?>>. Acesso em: 12 de julho de 2009.

GANDOLPHO, M. A; FERRARI, M. A. C. A enfermagem cuidando do idoso: reflexões bioéticas. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 3, set. 2006. Disponível em: <[http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo\\_saude/38/enfermagem\\_cuidando\\_idoso.pdf](http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/38/enfermagem_cuidando_idoso.pdf)>. Acesso em: 25 de maio de 2009.

GATTO, I. B. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

GOLDANI, A. M. Mulheres e envelhecimento: Desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In: **Muito além dos sessenta. Os novos idosos brasileiros**, Org, p. 75-114, 1999. Disponível em: < <http://www.uninstraw.org/en/docs/ageing/IPEAcapitulo.pdf>>. Acesso em: 10 de julho de 2009.

GONÇALVES, A. K. Idoso e identidade social. **Revista Polêmica**, Rio de Janeiro, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.polemica.uerj.br/>>. Acesso em: 07 de junho de 2009.

GONÇALVES, L. H. T; ALVAREZ, A. M. A enfermagem gerontogeriatrica: perspectiva e desafios. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p. 57-68, 2004. Disponível em: < <http://www.upf.br/> >. Acesso em: 06 de julho de 2009.

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. In: **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, v.9, n. 1, p. 61-78, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 13 de junho de 2009.

GUERRA, A. C. L. C; CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Revista ciência & saúde coletiva da associação brasileira de pós-graduação em saúde coletiva**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://carolina.cavaletti.fst.br/artigos/envelhecimento.pdf>>. Acesso em: 28 de dezembro de 2008.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 10, n. 20, p. 517-24, jul/dez, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/17.pdf>>. Acesso em: 20 de março de 2009.

LEITE, R. de C. B. de, et. al. **A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração**. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 12 de julho de 2009.

MARCONI, M. de. A; LAKATOS, E. M; **Metodologia científica**. 5. Ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTINS, R.M.L; RODRIGUES, M.L.M. Estereótipos sobre idosos: Uma representação social gerontofóbica. **Revista do ISPV**. p. 249-253, 2004. Disponível em: <[www.ipv.pt/millennium/millennium29/32pdf](http://www.ipv.pt/millennium/millennium29/32pdf)>. Acesso em: 18 de outubro de 2008.

MINAYO M. C. S; COIMBRA JR C. E. A. **Entre a liberdade e a dependência (introdução)**. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 de fevereiro de 2009.

MOURA, M. L. S.; FERREIRA, M. C.; PAINE, P. A. **Manual de elaboração de projeto de pesquisa**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papyrus, 1993.

NOELY, C.S; MENEGHIN, P. Concepções dos alunos de graduação em enfermagem sobre o envelhecimento. **Revista Esc. Enfermagem USP**, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 02 de junho de 2009.

PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. rev. e ampl. .São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

PAPALIA, D. P; OLDS, S. W. **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida do idoso: construção de instrumento de avaliação através do método de impacto clínico. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 4, n. 2, ago. 2006. Disponível em:< <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?>>. Acesso em: 20 de junho de 2009.

POLIT, D; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POTTER, P.A; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 6 ed, v. 1, Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, mai-jun, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.org/scielo>> Acesso em: 27 de fevereiro de 2009.

ROCHA, F. C. **O problema social do envelhecimento**. Jul. 2009. Disponível em: < <http://fiequimetal.pt/fstiep/>>. Acesso em: 12 de julho de 2009.

RODRIGUES, N. C; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. de. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, p. 106-110, 2002.

SÁ, J. L. M. Gerontologia e interdisciplinaridade: fundamentos epistemológicos. In: Neri A. L; Debert G.G. Orgs. **Velhice e sociedade**. Campinas: Papyrus; 2002. p. 223-32.

SANTOS, G. A. dos. Os Conceitos de saúde e doença na representação social da velhice. **Revista virtual textos & contextos**, n. 1, Nov. 2002. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/937/717>>. Acesso em: 02 de abril de 2009.

SANTOS, S. S. C. O ensino da Enfermagem gerontogeriátrica no Brasil de 1991 a 2000 à luz da Complexidade de Edgar Morin. 2003. Dissertação (Doutorado) – **Revista eletrônica de mestrado em educação ambiental**, Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Disponível em: <<http://www.remea.furg.br/>>. Acesso em: 12 de maio de 2009.

SILVA, F. A.B; BATISTA, M. A. S. A consulta de enfermagem ao idoso – aspectos relevantes. 2007. Disponível em:< <http://www.senaaires.com.br/revistavirtual/artigos/ArtCient/ArtCient17.pdf>>. Acesso em: 23 de junho de 2009.

SINÉSIO, N. B. O. **Universidade da Melhor Idade: Uma Proposta Salesiana para Idosos**. Campo Grande. UCDB, 1999. Disponível em: < <http://www.salesianoniteroi.com.br/>>. Acesso em: 07 de julho de 2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. C. **Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TEXEIRA, I; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 19, n. 1, mar. 2008. Disponível em: < <http://scielo.bvs-psi.org.br/>>. Acesso em 16 de junho de 2009.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K; Petersen, R. et al. (Trad.) - 3 ed. - Porto Alegre: Artmed, 2002.



**APÊNDICES**

**APÊNDICE A**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Prezado (a) Senhor (a),**

Esta pesquisa intitulada **“Um olhar sobre o envelhecimento: a percepção dos idosos sobre a velhice”** está sendo desenvolvida por **Layanna Estephania Henrique da Silva**, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da Professora Especialista Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro. Os objetivos do estudo são: Conhecer o olhar do idoso a respeito do processo de envelhecimento; Identificar aspectos sócio-culturais no envelhecimento através do relato de idosos; Verificar através da vivência do idoso sua compreensão sobre envelhecer saudável.

A finalidade deste trabalho é contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos através de seus próprios relatos e respeitando suas individualidades, identificar suas reais necessidades de conhecimento a respeito da realidade vivenciada por eles nesse momento da vida e para que os profissionais de saúde por meio desse estudo possam entender as dificuldades e limitações do envelhecimento conceituadas pelos idosos.

Para viabilização da investigação proposta, solicito sua colaboração para participar de uma entrevista com a pesquisadora e de sua permissão para utilizar o sistema de gravação para os registros dos dados. Gostaria de deixar claro que sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhor (a) não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora, podendo desistir a qualquer momento da pesquisa.

Gostaria de requerer também a sua anuência para disseminar o conhecimento produzido deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido no anonimato. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Vale ressaltar que, a pesquisadora levará em consideração as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução 196/96 nas fases de planejamento, empírica e de disseminação do processo de pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse termo.

---

Assinatura do (a) Participante da Pesquisa

---

Assinatura da Pesquisadora Responsável

---

Assinatura da Pesquisadora Participante

Telefone para contato:

Profª Esp. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro (Universidade Federal de Campina Grande – Campus de Cajazeiras - UFCG) Tel: (83) 9313-0600

Layanna Estephania Henrique da Silva (Discente da Graduação em Enfermagem – CFP – UFCG) Tel: (83) 9148-2492

**APÊNDICE B**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**

**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ anos

Sexo: ( ) M ( ) F

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

1) Para você o que é envelhecer?

---

---

---

2) O que mudou na sua vida na velhice?

---

---

---

3) Em relação às outras pessoas o que mudou?

---

---

---

4) Como você vê ou percebe um idoso saudável?

---

---

---



**ANEXOS**



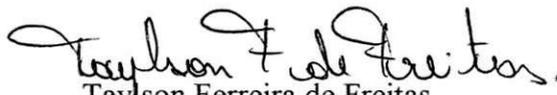
FACULDADE SANTA MARIA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO



Certificamos que o Projeto de Pesquisa intitulado **Um olhar sobre o envelhecimento: a percepção dos idosos sobre a velhice**, protocolo 2560509 da pesquisadora Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro, foi aprovado, em reunião realizada no dia 08/06/2009, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria. Após o término da pesquisa, deve ser encaminhado ao CEP/FSM o relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Para este fim, será emitida uma certidão específica.

Cajazeiras – PB, 13 de julho de 2009.

  
Taylson Ferreira de Freitas  
Secretario do CEP/FSM