UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Mestrado em Educação Física

O ENVELHECER ALÉM DO QUE OS OLHOS PODEM VER

ALESSANDRO TOSIM

PIRACICABA
2007

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

O ENVELHECER ALÉM DO QUE OS OLHOS PODEM VER

ALESSANDRO TOSIM

ORIENTADORA: PROFª. DRª. REGINA SIMÕES

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da UNIMEP, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Física.

PIRACICABA

2007

TOSIM, ALESSANDRO

O envelhecer além do que os olhos podem ver. / Alessandro Tosim. – Piracicaba: UNIMEP, 2007.

Dissertação (Mestrado) – Unimep – Universidade Metodista de Piracicaba, Faculdade de Ciências da Saúde, 2007.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Regina Simões

Prof. Dr. José Julio Gavião de Almeida

Profª. Drª. Roberta Cortiz Gaio

A quem dedico:

Aos meus pais Eva e Vategalupe,

Sem vocês este momento da minha vida jamais estaria acontecendo, vocês são o meu alicerce, a minha inspiração e por vocês que serei sempre o guerreiro que sou! Muito Obrigado.

À minha esposa Ana Carolina,

Minha grande companheira, de amor e de vida, que soube entender os momento de ausência, e mesmo assim, estava ao meu lado me incentivando, guiando o nosso lar. Sempre soube que você é fenomenal!

À minha irmã Eva,

A maior inspiradora das minhas pesquisa, sem você talvez eu não saberia entender e compreender o universo da deficiência visual e jamais me apaixonaria por pessoas tão sensacionais, que são os cegos que fazem parte do meu mundo.

A quem agradeço,

A Deus, sem você ao meu lado nada seria possível, pois os caminhos que você nos direciona, é o caminho da paz, é o caminho da plenitude.

A minha orientadora Professora Drª. Regina Simões, exemplo de mulher, que com muita facilidade transmite os seus conhecimentos, nos inspira a estar estudado, e mesmo nos momentos mais difíceis da sua vida, estava presente e disposta a me ajudar. Você é um exemplo para qualquer um!

Ao Professor Dr. José Julio Gavião de Almeida, pelo grande carinho que sempre teve comigo, pelas orientações que deu para este trabalho e por ser um grande incentivador das pessoas que amam o universo da deficiência visual.

À Professora Drª. Roberta Cortiz Gaio, por depositar em mim seu voto de confiança, pelas contribuições que fez a esta pesquisa e pelo grande carinho que sempre me deu.

Ao Professores Wagner Wei Moreira e Eline Porto, que fizeram com que eu compreendesse minha corporeidade através dos seus dizeres na disciplina Corporeidade.

À Professora Drª. Maria Teresa k. Leitão, apesar da nossa proximidade pessoal, você sempre me inspirou para que eu continue os meus estudos e principalmente, sempre contribuiu para que eu seja um grande profissional.

À Professora Drª. Graciele Massoli Rodrigues, a pessoa que plantou a semente do meu ingresso no mestrado, você é uma das mulheres mais inteligente e competente que conheço.

A professora Denise Silva Neves, companheira há 11 anos, talvez isto seja resultado de um eterno discíplo, que te admira por todos os conhecimento e sabedorias que você me transmite.

Aos meus grande amigos, Ana lúcia, César, Eliane (Liu), Romilda, um trabalho só tem sucesso se existir amor e fidelidade entre as pessoas envolvidas nele, e este trabalho se chama PEAMA.

Aos meus grandes amigos Jean e Derli, companheiros de mestrado, que mesmo distantes temos um laço de afeto muito grande.

Aos meus queridos amigos, primos e padrinhos Paula, Emerson e Fabinho, que perderam algumas tardes e noites realizando correções ortográficas no meu trabalho, e não mediram esforços para estarem ao meu lado.

À minha prima Giovanna, a partir do momento que olho nos seus olhos azuis e vejo um sorrindo no rosto, me sinto realizado e descubro o quanto é lindo viver.

Aos meus grandes alunos e amigos Marcelo, Magno, Edmilson, Flavinho, Bruninho e Donizete, um dos grandes incentivadores desta pesquisa, pois olhar para vocês é olhar além dos olhos, e saber que quando envelhecerem estarei preparado para continuar ao lado de vocês.

Ao meu sogro Everaldo e minha sogra Eleni, pelo grande incentivo que sempre deram para o meu sucesso amoroso e profissional.

Ao Centro Universitário Hermínio Ometto-Uniararas, por disponibilizar vários materiais para o desenvolvimento desta pesquisa.

À todos os professores da Universidade Metodista de Piracicaba, por compartilharem seus conhecimentos e sabedorias com os todos alunos do mestrado.

Finalmente, a todas as pessoas que por algum momento retirou este trabalho da prateleira e dedicou um tempinho para a sua leitura. Essas páginas só tem sentido a partir do momento que você a consultou.

NÃO SEI

“Não sei se a vida é curta ou longa demais para nós.
Mas sei que nada do que vivemos tem sentindo
Se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser:
Colo que acolhe, braço que envolve,
palavra que conforta, silêncio que respeita,
alegria que contagia, lágrima que corre,
olhar que acaricia, desejo que sacia, amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo.
É o que dá sentido a vida.

É o que faz com que ela não seja nem curta,
nem longa demais,
mas que seja intensa,
verdadeira e pura
enquanto durar.”

(Cora Coralina)

RESUMO

Com o aumento da expectativa de vida nos países em desenvolvimento, caso específico do Brasil, houve um aumento da população idosa com doença, demência e deficiência, sendo o foco desta investigação o idoso cego. Assim, o **objetivo geral** é investigar qual a concepção sobre envelhecimento e envelhecer para pessoas idosas cegas, integrantes das instituições localizadas próximo à cidade de Jundiaí / SP. Para o desenvolvimento do trabalho, na pesquisa bibliográfica, foi elucidado o envelhecimento por três aspectos: o sociológico, o psicológico e o biológico; e a deficiência visual, no qual abordei uma perspectiva fisiológica do órgão da visão e suas relações com o envelhecimento. A pesquisa de campo, contou com seis instituições localizadas nas cidades de Jundiaí, Paulínia e Campinas e com 20 participantes respondendo, além de um questionário identificando o perfil, a duas questões geradoras definidas como: O que significa envelhecer para você? Como você se sente no processo de envelhecimento?, sendo que a coleta e análise dos dados feita através da Análise de Conteúdo: Técnica de Elaboração e Análise de Unidades de Significado, desenvolvida por Moreira, Simões e Porto (2005). Quanto ao perfil do grupo estudado 70% são do sexo masculino e 30% do feminino; 70% dos sujeitos pesquisados tem entre 60 a 64 anos; 85% adquiriram a deficiência visual e 15% são congênitos; 90% trabalham e 10% exercem funções de marceneiro e do lar; 30% possuem Ensino Fundamental incompleto e 35% completo; 50% praticam exercícios físicos regularmente e 50% não fazem nenhuma espécie de exercício físico. Em relação à primeira pergunta encontrei oito categorias: Processo natural do ser humano (citado por 45% dos entrevistados); Passar dos anos (40%); Processo de desgaste (35%); Não está relacionado à idade cronológica (30%); Tem vários ângulos de resposta (23%); Relacionado à deficiência (20%); Não ficar parado (10%) e Não aceitar algumas coisas (5%), o que demonstra que eles entendem o significado do envelhecimento por perspectivas diferenciadas, enfatizando momentos positivos e negativos da velhice. Relacionado à segunda pergunta que revelou a produção de seis categorias: com dificuldades (citada por 60% dos entrevistados); Capaz e orgulhoso de muitas coisas (60%); Bem, tranqüilo e mais jovem (55%); Dádiva de Deus (15%); Não satisfeito (15%) e Nunca pensou (10%), mostrando que os idosos cegos gostam deste momento da vida, mas sentem algumas limitações em conseqüência da idade e da deficiência visual. Diante disto posso considerar que o significado do envelhecer foi por uma perspectiva positiva, expressa por momentos que deixam transparecer sentimentos de alegria, tristeza, realizações e decepções. Para os idosos cegos este momento da vida está expresso em superações que os levarão ao contínuo da sua existencialidade.

Palavras-chaves: envelhecimento; deficiência visual; idosos cegos.

ABSTRACT

Within the growing in the life expectancy in developing countries, especially in Brazil, there was a growth in the elder population with disease, insanity or deficiency, being the main purpose of this paper the blind elderly. So, the general aim of this work is to investigate what blind aged people in the institutions nearby Jundiaí-SP think about aging. During the bibliographical research did to complete this work, we tried to find out the process of getting older in three aspects: the sociological, the psychological and the biological ones; the visual deficiency, in which we considered a physiological perspective of the visual organs and their relationships with the process of getting older. The research we did in six institutions located in these cities: Jundiaí, Paulínia and Campinas, in a total of 20 participants. They answered a questionnaire to know their profile and two generator questions, defined as: What does getting older mean to you? How do you feel in the process of aging? The collection and analysis of the datas were done through analysis´ content: a technique used to elaborate and to analyze the unities of meaning, developed by Moreira, Simões e Porto (2005). With respect to the profile of the studied group, 70% are males and 30% are females; 70% of the participants are aged 60 to 64 years; 85% acquired the visual deficiency and 15% are congenital; 90% work and 10% do housework and cabinetmaker; 30% have not finished the elementary school and 35% have finished it; 50% do regularly some physical exercises and 50% do any kind of physical activity. With respect to the first generator question, I found eight categories: a natural process of the human being (cited by 45% of the participants), the passing of time (40%), process of deterioration (35%), it is not related to the chronological age (30%), the answer has several points of view (23%), it is related to the deficiency (20%), do not be at a stand (10%), and do not accept some things (5%). This demonstrates that they understand the meaning of the process of aging from different perspectives, emphasizing the positive and negative aspects of the old age. The second generator question revealed six categories: with difficulties (cited by 60% of the participants); be able and proud of many things (60%); well, calm and younger (55%); a gift from the gods (15%); not satisfied (15%); and have never thought about that (10%). This results show that the majority of them are happy with their lives, but some of them show the feeling of having some difficulties due to their age and their visual deficiency. Consequently, I can say that they see the process of getting older from a positive point of view, expressed by different moments as happiness, sadness, achievements and disappointments. For the blind aged, this period of life is expressed by surmounting the difficulties, which will take them to the continuous of their existence.

Keywords: process of getting older; visual deficiency; blind elderly.

SUMÁRIO

Resumo..... 7
Abstract..... 8
Índice de Figuras..... 11
Índice de Quadros..... 12
Índice de Anexos..... 13
Introdução..... 14
Objetivos 15

1. Capítulo 01: O envelhecimento: Ações e Reações..... 17

1.1 Visão Sociológica do envelhecimento..... **21**
1.2 Visão Psicológica do envelhecimento..... **27**
1.2.1 Memória, Cognição e Emoção no envelhecimento **30**
1.3 Visão Biológica do envelhecimento..... **32**

2. Capítulo 02: Deficiência visual e sua relação com o envelhecimento..... 43

2.1 Aspectos conceituais e classificações..... **44**
2.2 Compreendendo o órgão da visão..... **48**
2.3 Causas da deficiência visual e suas relações com o envelhecimento..... **57**

3. Capítulo 03: Materiais e Métodos..... 61

3.1- Tipo de pesquisa..... **61**
3.2- Local da Pesquisa..... **62**
3.3- Amostra..... **66**
3.4- Instrumento de pesquisa..... **66**
3.5- Procedimento metodológico para coleta de dados..... **67**

3.6- Riscos e benefícios **68**
3.7- Gastos ou ressarcimentos..... **68**

4. Capítulo 04: OS IDOSOS CEGOS: a leitura dos entrevistados..... 69
4.1 – Perfil dos entrevistados..... **69**
4.2- Discursos da primeira pergunta:..... **72**
4.3. Indicadores da pergunta 1..... **78**
4.4. Categorias da pergunta 1..... **81**
4.5. Análise das categorias da pergunta 1: **83**
4.5.1 - Processo natural do ser humano **83**
4.5.2 - Passar dos anos **84**
4.5.3 – Processo de desgaste..... **84**
4.5.4 - Não está relacionado à idade cronológica..... **86**
4.5.5 - Têm vários ângulos de resposta..... **87**
4.5.6 - Relacionada à deficiência..... **88**
4.5.7 – Não ficar parado..... **89**
4.5.8 – Não aceitar algumas coisas..... **90**
4.6 - Os discursos da segunda pergunta:..... **91**
4.7. Indicadores da pergunta 2..... **99**
4.8. Categorias da pergunta 2..... **103**
4.9. Análise das categorias da pergunta 2: **105**
4.9.1 – Com dificuldades..... **105**
4.9.2 – Capaz e orgulhoso de muitas coisas..... **106**
4.9.3 – Bem, tranqüilo e mais jovem..... **107**
4.9.4 – Dádiva de Deus **108**
4.9.5 – Não satisfeito..... **109**
4.9.6 – Nunca pensou..... **110**

5. Considerações Finais..... 113
5. Referencias..... 116

Índice de Figuras

Figura 01: Alfabeto Braille..... **48**
Figura 02: Globo Ocular – Corte sagital..... **49**
Figura 03: Globo Ocular – Retina..... **52**
Figura 04: Anexos do Globo Ocular..... **52**
Figura 05: Anexos do Globo Ocular..... **53**
Figura 06: Escala Optométrica Decimal de Snellen..... **55**
Figura 07: Amplitude do Campo Visual..... **56**

Índice de Quadros

Quadro 01 – População Mundial (por mil)..... **22**

Quadro 02 – Estimativa da População Mundial de 60 anos ou mais (por mil)..... **22**

Quadro 03 – Classificação dos países em termos de sua população de 60 anos ou mais (milhões)..... **23**

Quadro 04: Número de pessoas com deficiência visual da instituição 1. **63**
Quadro 05. Número de pessoas com deficiência visual da instituição 2. **63**
Quadro 06. Número de pessoas com deficiência visual da instituição 3. **64**
Quadro 07. Número de pessoas com deficiência visual da instituição 4. **64**
Quadro 08. Número de pessoas com deficiência visual da instituição 5. **65**
Quadro 09. Número de pessoas com deficiência visual da instituição 6. **65**
Quadro 10: Perguntas relacionadas ao perfil dos entrevistados..... **66**
Quadro 11: Sexo dos idosos cegos..... **69**
Quadro 12: Classificação etária dos idosos cegos..... **70**
Quadro 13. Pessoas com deficiência visual adquirida ou congênita..... **70**
Quadro 14 – Atividade profissional dos idosos cegos..... **71**
Quadro 15: Formação escolar dos idosos cegos..... **71**
Quadro 16 – Idosos cegos praticantes de exercícios físicos..... **72**

Quadro 17: categorias formadas após análises dos indicadores da pergunta 01..... **82**

Quadro 18: categorias formadas após análises dos indicadores da pergunta 02..... **105**

Índice de Anexos

Certificado Comitê de Ética da Uniararas..... **122**
Formulário para submissão de projeto de pesquisa clínica **123**
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... **128**
Declaração **131**
Declaração de responsabilidade da instituição..... **132**
Declaração de Consentimento para uso da (clínica, hospital, outros) (responsável do local onde a pesquisa será realizada)..... **133**
Termo de compromisso dos pesquisadores responsáveis de cumprir os termos da resolução n° 196/96 do Conepe..... **134**
Termo de compromisso da instituição de cumprir os termos da resolução n° 196/96 do conepe..... **135**
Comitê de mérito Científico da Uniararas..... **136**

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é uma realidade na sociedade atual, graças ao aumento da expectativa de vida da população em geral, devido à industrialização, globalização, entre outros.

Simultaneamente ao aumento do número da população, vê-se hoje também uma grande quantidade de pessoas idosas que apresentam algum tipo de doenças, demências ou deficiência. Considerando esta questão, optei em direcionar esta pesquisa para pessoas idosas com deficiência visual.

Tal fato se justifica porque a população com deficiência visual que passa pela idade adulta e chega à velhice tende a aumentar, o que significa que essas pessoas percorrem seu curso de existência de vida por um período mais longo, sendo necessário trazer uma discussão referente à ampliação do número destes sujeitos.

Os temas envelhecimento e deficiência visual são bastante abrangentes e muito pouco relacionados, encontrei baixo número de referenciais teóricos sobre as duas temáticas juntas. Pode-se encontrar alguns estudos na história sobre o envelhecimento e a deficiência visual, em Beauvoir (1990), que relata fatos históricos sobre o envelhecimento e a deficiência visual; Hoskins; Kalache; Mendes (2005) comentam sobre a incidência do aumento da população idosa com deficiência visual nos países da América Latina; Guidi; Moreira (1994) relatam um breve comentário sobre as manifestações oftalmológicas na terceira idade e Meira (2002) apresenta uma dissertação de mestrado relacionando o envelhecimento com a deficiência múltipla.

Associar os temas também se justifica devido ao fato do curso de graduação em Educação Física apresentar a disciplina Educação Física Adaptada, e no decorrer dos conteúdos expostos, na maioria das vezes, não são feitas associações entre as temáticas expostas.

Também foi motivo para a escolha deste tema o fato de ter uma irmã que apresenta deficiência visual em conseqüência de uma patologia denominada

“Fibroplasia retrolental”, causada pela imaturidade da retina, em decorrência de excesso de oxigênio na incubadora em prematuros, sendo muito freqüente na década de 70 (Martin; Ramirez, 2003); também por trabalhar em um programa de esportes e atividades motoras, específico para pessoas com deficiência (PEAMA-Programa de Esportes e Atividades Motoras Adaptadas).

Com estas considerações, a pesquisa aborda pessoas cegas que se encontram na velhice, tendo como **objetivo geral** investigar qual a concepção sobre envelhecimento e envelhecer para pessoas idosas cegas, integrantes das instituições localizadas próximo à cidade de Jundiaí, interior do Estado de São Paulo.

Os **objetivos específicos** desta investigação são:

- Descrever sobre o entendimento da deficiência visual e suas relações com o envelhecimento;
- Coletar discursos de pessoas idosas cegas e discuti-los em função dos estudos e reflexões sobre os temas estudados.

Em cima dos objetivos do trabalho, surgem alguns questionamentos para a conclusão do mesmo:

- Será que os idosos cegos têm a concepção do que significa envelhecer?
- O discurso sobre envelhecimento e envelhecer condiz com a teoria estudada?

Para tentar dar soluções a estes questionamentos estou desenvolvendo a investigação em três etapas: no primeiro capítulo realizo uma revisão de literatura sobre o envelhecimento, buscando um pouco sobre fatos históricos da temática, dando ênfase a três focos: o sociológico, o biológico e o psicológico; procurando reunir subsídios para as etapas seguintes.

No segundo capítulo, abordo a deficiência visual, destacando aspectos conceituais, critérios de avaliação e classificação, estrutura e funcionamento do órgão da visão, finalizando com as causas da deficiência visual e suas relações com o envelhecimento.

A seguir apresento a pesquisa de campo, que foi realizada com duas perguntas geradoras, sendo que a coleta e análise dos dados foi feita por meio de

Análise de Conteúdo com a Técnica de Elaboração e Analise de Unidade de Significado desenvolvida por Moreira, Simões e Porto (2005).

Assim, espero mostrar com este trabalho que temos que dar mais atenção às pessoas idosas com deficiência visual, pois a velhice está muito próxima, e podemos ter ou ser uma pessoa idosa com deficiência visual nos próximos anos.

CAPÍTULO I

O ENVELHECIMENTO: AÇÕES E REAÇÕES

> Já disse e repito: a velhice começa quando a gente vai à Janela e vê que nada aconteceu na madrugada.
> Ronildo de Maia Leite.

O processo de envelhecimento é uma realidade na sociedade atual. Sociedade esta que se encontra globalizada, competitiva, tecnológica, excludente e transformadora. No entanto, este momento teme, pois, dos seus efeitos não podemos desviar.

Para o desenvolvimento deste trabalho, tentarei analisar este processo da vida humana em três vertentes: a primeira por uma visão sociológica, a segunda psicológica e a terceira biológica.

Para compreender melhor estas visões, inicialmente farei uma "volta ao tempo", no qual abordarei melhor os dados que constam sobre a evolução da velhice. Claro que estudar a velhice, em um processo de evolução, não é uma tarefa fácil, pois os documentos que se encontram, somente fazem alusão ao assunto. A imagem desta fase é incerta, confusa e contraditória; sendo, muitas vezes, valorizada e outra menosprezada, dependendo do interesse.

Por viver no Brasil, um país ocidental, no qual a expectativa de vida aumenta a cada ano e em conseqüência disto o número de pessoas idosas, procurarei dar mais ênfase a esta região; mesmo que tenhamos que tecer informações gerais sobre a China, que é o país com o maior número de pessoas velhas do mundo, pertencente à região oriental, devido ao seu contexto estrutural atual: voltado à pessoa idosa.

Iniciando pela Antiguidade, aproximadamente 2500 a.C., são vários os relatos mitológicos que falam da velhice sob o ângulo do conflito de gerações, em que os jovens perturbavam o repouso dos velhos com seus tumultos, renegando a futura fase que chegariam (BEAUVOIR, 1990).

Para os gregos, a velhice era tratada com extremo desdém, sendo o seu lema "prefiro morrer do que envelhecer", no entanto, os jovens eram considerados

belos, os preferidos dos deuses, tanto que eram tirados precocemente da corrente da vida antes que o tempo os afogasse em velhice.

Beauvoir (1990), relatando sobre a história da velhice comenta que alguns filósofos gregos como Homero, possuíam uma visão diferenciada da velhice, associando esta fase à sabedoria, pois o tempo lhe concedia a experiência, a arte da palavra e a autoridade. Entretanto, este período aparece fisicamente enfraquecido.

A mesma autora coloca que para Sócrates, que não atingiu a plena velhice, comentava que para indivíduos prudentes e bem preparados, a velhice não constitui peso algum. Por outro lado, Platão, que chegou aos 80 anos, afirmava que a velhice faz surgir em nós um imenso sentimento de paz e libertação e põe na boca de Céfalos, outro filósofo grego, um elogio à velhice dizendo:

> Quanto mais se enfraquecem outros prazeres, os da vida corporal, tanto mais crescem, em relação às coisas do espírito, minhas necessidades e alegrias e conclui relatando que os mais idosos devem mandar, e os jovens, obedecer (BEAUVOIR, 1990, p.135).

Aos 80 anos, Platão se dedica às pessoas que estão na velhice e volta seu tempo principalmente às questões relacionadas às leis, insistindo muitas vezes nas obrigações dos filhos para com seus velhos pais, com quem devem falar respeitosamente, colocando suas riquezas e a própria pessoa à disposição deles.

No entanto, Aristóteles condicionava esta fase ao corpo saudável dizendo:

> Uma bela velhice é aquela que tem lentidão da idade, mas sem deficiência. Ela depende ao mesmo tempo das vantagens corporais que se poderia ter e, também do acaso, pois os bens do corpo e os bens exteriores são necessários ao bem do espírito (BEAUVOIR, 1990, p.136).

Aristóteles comenta que o homem progride até os 50 anos, pois nesta idade é preciso ter atingido a *frenosis,* esta sabedoria prudente que permite conduzir–se com eqüidade, para ter adquirido experiência, sabedoria incomparável. Entretanto, a partir daí ocorre um declínio do corpo descrevendo em “A retórica” um elogio aos jovens com as cores mais risonhas e a velhice apresenta-se, em todos os pontos, como o oposto:

> Porque viveram inúmeros anos, porque muitas vezes foram enganados, porque cometeram erros, porque as coisas humanas são, quase sempre, más, os velhos não têm segurança em nada, e seu desempenho em tudo está manifestado aquém do que seria necessário. Eles são reticentes, hesitantes, temerosos. Por outro lado: Têm mau gênio, pois, no fundo, ter mau gênio é supor que tudo está pior. Estão sempre supondo o mal em virtude de sua desconfiança e desconfiam de tudo por causa de sua experiência da vida. São mornos, tanto nos amores, como nos ódios. São mesquinhos porque foram humilhados pela vida. Falta-lhes generosidade. São egoístas, pusilânimes, frios. São imprudentes; desprezam a opinião. Vivem mais de lembranças do que de esperança. Tagarelam, repisam o passado. Seus arrebatamentos são vivos, mas sem força. Parecem moderados porque não têm desejo, mas apenas interesses. É para esse interesse que vivem, e não para a beleza. Estão abertos à piedade, não por grandeza de alma, mas por fraqueza. Lamentam-se, e não sabem mais rir (BEAUVOIR, 1990, p. 136).

Assim, Aristóteles, na maioria dos seus discursos, vê decadência nesta fase da vida enquanto Platão vê apogeu. Esta fase passa a ter duas visões através dos tempos: vai se dividir entre os platônicos (a velhice é alma, espírito, saber, ordem) e os aristotélicos (a velhice é corpo, é fraqueza, ressentimento, decadência) (BEAUVOIR, 1990).

Com os novos triunfos do cristianismo, os novos tempos do ocidente vão refletir algumas dicotomias sobre a velhice.

Meirelles (2000), comenta que no século VI, Santo Isidoro de Sevilha vai repercurtir o pensamento da igreja e vê na velhice (que vai dos 50 anos em diante, naquele tempo) uma decadência, pois os velhos eram vistos como pessoas que não possuíam mais tanto bom senso como outrora, e “caducam” na sua velhice.

No período do baixo Império até a Idade Média, os velhos foram excluídos da vida pública e os jovens que conduziram o mundo, tornando-se os grandes heróis da época. A velhice é sempre um momento do cristão convicto se preparar a abandonar e cuidar da sua salvação em outro mundo. Até mesmo os papas foram jovens romanos de boa família, destinados à igreja porque eram pobres e órfãos (MEIRELLES, 2000).

O mesmo autor relata que passando o tempo, chegando à renascença, a velhice também foi associada à decadência da vida, pois, vê-se que o tema foi sempre

tratado de maneira estereotipada, ocorrendo as mesmas comparações, mesmos adjetivos que alguns filósofos deram na antiguidade.

Conforme relata Beauvoir (1990), a velhice é tida como o inverno da vida, pois a brancura dos cabelos e da barba evoca a neve, o gelo; há uma frieza do branco ao qual se opõem ao vermelho, do fogo, do amor e ao verde das plantas, da primavera, da juventude.

A mesma autora comenta que a mulher velha[1] é descrita como uma pessoa pavorosa, enrugada, ignóbil, com sua boca "desguarnecida", buracos à guisa de molares, nariz beijando o queixo; seu hálito é fedido, é um saco de ossos, é a morte em pessoa. São tidas como feiticeiras devido à sua aparência.

Neste momento, denominado renascença, em que a velhice poderia ser a fase de apoteose de uma vida para as pessoas, ela torna-se um momento no qual tudo é ruim, o ser velho representa constrangimento, incapacidade e enfraquecimento.

Na idade moderna (século XIX), com a ascensão da burguesia, o velho passa a ganhar maior espaço para existir, sendo encarado como a unidade e a permanência da família, através de seus bens materiais acumulados. O avô representava o símbolo e a encarnação da família: era respeitado (BEAUVOIR, 1990).

No entanto, nesta fase surgem duas ciências sobre a velhice, cristalizadas no século XX: a gerontologia, que estuda o processo fisiológico do envelhecimento e a geriatria, que trata das enfermidades da velhice.

Atualmente, apesar de estar presente em toda a sociedade, a velhice vive seu eterno conflito, sendo este assunto tratado de formas diferentes por alguns estudiosos, ou seja, exaltada como na visão platônica, ou degradada como na visão aristotélica. No entanto, a sociedade fecha os olhos, não apenas para os velhos, mas para as pessoas com deficiência, para os jovens delinqüentes, para a criança abandonada. Podemos dizer então, que as pessoas velhas e as crianças, estão fora do mundo adulto, do mundo do poder (MEIRELLES, 2000).

Mercadante (1998), comenta que para refletir sobre a velhice em nossa própria sociedade significa entender esta questão como sendo multifacetada, portanto,

[1] Nota-se, que da antiguidade aos séculos XVI e XVII, a persistência deste clichê: os velhos fedem, sobretudo as velhas. Ele corresponde tanto menos a uma realidade, quanto os indivíduos visados pertencem à classe abastada. Trata-se aí de pura repetição retórica.

as várias facetas deveriam estar presentes e apoiando a reflexão. Certamente na nossa sociedade a velhice é marcada cronologicamente, assim como na idade adulta, na adolescência, entre outras. É a classificação, via cronos, que determina as várias faixas etárias. As regras de idade cronológica se apresentam, nas sociedades ocidentais, pela exigência das leis que determinam os direitos e os deveres do cidadão.

Vale aqui, portanto, refletir sobre os diferentes significados da velhice nas diferentes culturas, diferentes épocas e relativos contextos. No mesmo sentido, faz-se necessário considerar tanto os possíveis tratamentos e posicionamentos reservados às mulheres em relação ao homem nesta fase, quanto ao reconhecimento de distintas abordagens sustentadas ao longo dos tempos e das culturas e não apenas sob as bases cronológicas.

Posso finalizar esta etapa dizendo que o envelhecimento pode ser comparado a uma viagem, que neste momento está partindo de um ponto de ônibus para um passeio sem fim, que os seus passageiros irão se multiplicar em cada parada, que os mesmos passarão por grandes transformações, que muitos que estão nesta viagem não acreditam na dimensão que isto se tornará, porque ela está se anunciando com os horários de partida, mas sem a definição do horário de chegada. Podemos contribuir para que esta viagem possa ser melhor, entendendo como se tem dado este processo de envelhecimento ao longo da história e, dessa forma, pensarmos cada vez mais em melhorar a viagem dos passageiros, com mais qualidade e expectativa de vida, dependendo das vivências que este ser humano tiver.

Assim, elucidarei esta fase, mostrando que as pessoas podem ter grandes atributos neste período, tendo como base os estudos sobre envelhecimento nas áreas de conhecimento como a sociologia, a psicologia e a biologia.

1.1. Visão Sociológica do Envelhecimento.

Há tempos, estamos passando por grandes transformações; uma das mais importantes e que as pessoas pouco se dão conta, é a do confronto de gerações.

A sociedade idosa atualmente está aumentando, muitos de nós convivemos com nossos pais, avós e bisavós ao mesmo tempo. Só na China, estarão

vivendo em 2050 um número de idosos acima de 65 anos, equivalente ao que se vive no mundo hoje (SCHIRRMACHER, 2005).

Em termos mundiais, Pérez (1996), consultor da Organização Panamericana de Saúde, apresenta dados significativos do aumento da população, dando destaque às Américas, como mostra a tabela a seguir.

Quadro 01 – **População Mundial** (por mil)

Região	**1950**	**1995**	**2025**
Total Mundial	2.516.190	5.759.276	8.472.446
Europa	398.140	516.043	541.784
América	331.227	774.220	1.061.999
Brasil	**53.444**	**161.382**	**219.673**

***Fonte**: World Health Statistics Annuais – 1996*

A tabela apresentada permite verificar que a população mundial duplicou em 45 anos e que a população brasileira triplicou no mesmo período.

Meira (2002), comenta que é importante salientar que esse crescimento populacional representa para sociedade e para o governo brasileiro a exacerbação de uma problemática política-econômica que é crônica e histórica.

Quadro 02 – **Estimativa da População Mundial de 60 anos ou mais** (por mil)

Região	**1990**	**2000**	**2025**	**2050**
População Mundial	9,32	9,91	14,43	20,35
Países em desenvolvimento	6,98	7,58	11,97	18,76
Países desenvolvidos	17,11	18,73	26,58	29,60

***Fonte**: World Health Statistics Annuais – 1996*

Nota-se que o crescimento percentual da presença de idosos no mundo, entre a última década do século XX e a metade do século XXI, terá mais que duplicado. Os países desenvolvidos terão um crescimento menor, com cerca de12%. No entanto, nos países em desenvolvimento será praticamente triplicado.

Quadro 03 – **Classificação dos países em termos de sua população de 60 anos ou mais** (milhões)

Países	**1950**	**1975**	**2000**	**2020/25**	**Classif. 1950**	**Classif. 2025**
China	42	73	134	284	1°	1°
Índia	32	29	65	146	2°	2°
Antiga URSS	16	34	54	71	4°	3°
EUA	18	31	40	67	3°	4°
Japão	6	13	26	33	8°	5°
Brasil	**2**	**6**	**14**	**32**	**16°**	**6°**
Indonésia	4	7	15	31	10°	7°
Paquistão	3	3	7	18	11°	8°
México	1	3	6	17	25°	9°
Bangladesh	1	2	6	16	27°	10°
Nigéria	2	3	6	17	14°	11°

***Fonte**: World Health Statistics Annuais – 1996*

Com isto estima-se que a população idosa aumente em 20% nos próximos anos e que o Brasil[3] esteja classificado como a sexta maior população de idosos do mundo no ano de 2025.

Esta mudança está ocorrendo em função do aumento da expectativa de vida da população em geral. Vários fatores, entre eles, a aceleração do processo de urbanização, a industrialização, a diminuição do número de famílias extensas, a globalização e a melhora da qualidade de vida contribuem para o aumento dessa expectativa.

Neste momento, não devemos nos esquecer da importância de se pensar em estratégias que controlem o crescimento demográfico. Por outro lado, precisamos estar atentos também para o futuro que nos revela um aumento previsto do número de pessoas chegando à velhice.

[3] Os dados do IBGE (2000) mostram que a população idosa do Brasil, caracterizada por pessoas acima de 60 anos, corresponde a 8,6% da população total, em comparação a 7,3% de 1991, o que confirma o aumento desse segmento em nosso país.

Assim sendo, Schirrmacher (2005), comenta que temos que nos mobilizar, pois no futuro, esta sociedade seremos nós. Raramente uma sociedade pôde dizer com tanta convicção como a nossa: temos de aprender a envelhecer nos próximos 30 anos de uma maneira nova, ou então, cada indivíduo da sociedade será punido financeira, social e economicamente. Em jogo está a libertação daquele ser triste, oprimido e reprimido, que atualmente ainda existe devido à idade avançada, mas que está superando seus limites e buscando a sua superação a cada dia.

Uma das propostas para isto é fazer com que as pessoas mudem os seus discursos e atitudes perante as pessoas idosas e parem de dizer frases como “eu não quero ficar tão velho assim” e outras equivalentes, minimizando a fragilidade desta população. No entanto, é necessário que as pessoas aceitem a nova fase da vida e traduzam simplesmente para a língua do dia-a-dia o que entra hoje em seus ouvidos sobre o envelhecimento, a velhice, como por exemplo, a aposentadoria. Uma nova concepção sobre estes termos está surgindo e como resultado dessa tradução é o seu próprio envelhecimento, um envelhecimento com prazer e aceitação e não o envelhecimento abstrato das agências estatais, que está sendo tratado hoje como uma catástrofe natural (SCHIRRMACHER, 2005).

Portanto, o que antigamente era um privilégio de poucos, com a melhora da expectativa de vida, hoje é muito comum chegar à velhice. Essa nova situação se torna um desafio para a sociedade, já que envelhecer não é suficiente, sendo importante pensar na qualidade de vida das pessoas que estão envelhecendo ou envelheceram.

Blackburn citado por Porto e Gaio (2002), comenta que a qualidade de vida está diretamente ligada à felicidade das pessoas. No entanto, as autoras relatam que pensar sobre a felicidade leva-nos a enumerar uma diversidade muito grande de fatores que se relacionam, direta e indiretamente, ao modo de viver de cada ser humano. Cada pessoa, individual e coletivamente, é parte construtiva de um sistema social, político, cultural e econômico, que compõe o estilo de vida da pessoa, no espaço e no tempo. Diante disso, somente cada pessoa poderá afirmar se a qualidade de vida está ou não presente na sua vida.

Alves (2004), relata que na maior parte dos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento populacional ocorreu em épocas de intenso crescimento social e econômico, ao passo que na maioria dos países em desenvolvimento, como é o caso específico do Brasil, esse processo vem ocorrendo paralelamente com graves problemas sociais e econômicos.

Diante desse contexto de desigualdade socioeconômica, o estado se defronta ainda com as dificuldades impostas pelo aumento da proporção idosa na população. Desse modo, as questões relacionadas aos idosos e ao processo de envelhecimento têm despertado cada vez mais interesses entre os pesquisadores brasileiros de diversas áreas. Assim sendo, uma das maiores preocupações do momento é analisar como esta sociedade está envelhecendo e se o processo está correspondente ao ritmo natural de vida.

Pensando nesta temática, o envelhecimento não é somente um momento na vida do indivíduo, mas um processo que é extremamente complexo e pouco conhecido, com implicações tanto para quem o vivencia como para a sociedade que o suporta ou o assiste.

Para Ferreira (2003), o envelhecimento é um fenômeno fisiológico, pois ocorre com todo ser humano, sendo progressivo. Envelhecer não é patológico, pois acontece com todos. O que é patológico é a senilidade, que não acompanha necessariamente o envelhecimento.

De acordo com Oliveira (2002), o envelhecimento é visto como uma etapa de decadência que leva a um decréscimo do status econômico, sobretudo, do social. No entanto, deve ser encarado como um processo natural e não como uma doença terminal, que à medida que avança, o corpo se torna mais vulnerável, surgindo aos poucos doenças como sintomas e resultados desse processo.

Bacelar (2002), comenta que esta fase está relacionada a um conjunto de alterações físicas, psíquicas e sociais que ocorre com as pessoas que na velhice. No entanto, esta seqüência de ações não ocorre de forma idêntica entre as pessoas, pois há indivíduos que apesar das características físicas da velhice, comportam-se como se estivesse na idade madura, com expectativa de vida, energia para prosseguir seus objetivos e apresentam uma leitura atualizada do mundo; enquanto que outros idosos

são desestimulados para o novo, consideram-se no final de uma jornada sem volta, recolhendo-se no passado.

Para Bacelar (2002), a velhice não suporta apenas um determinado conceito, pois não há equivalência sobre as características de uma pessoa em determinada idade, isto é, idade cronológica pode não ser idêntica à idade biológica e social do indivíduo. O conceito cronológico seria a partir dos 65 anos nos países desenvolvidos e 60 anos nos países em desenvolvimento.

A mesma autora ainda relata que a única variável é o fator tempo, e que o conceito biológico não está necessariamente relacionado com a idade cronológica. O organismo envelhece pelo desgaste físico que o tempo produz, sendo que uma pessoa apresenta várias idades interagindo, a cada momento, no seu organismo.

O conceito sociológico parte de determinadas regras e expectativas sociais que categorizam as pessoas, conforme seus conceitos e deveres perante cidadãos e as suas tarefas e desempenho de determinados papéis sociais.

Neri (1995a), comenta que esta tríplice visão de envelhecimento que contempla as influências biológicas, sociais e psicológicas está muito relacionada ao aumento da probabilidade de morte, com o avanço da idade. A maturidade social está diretamente ligada à aquisição de papéis sociais e de comportamentos apropriados aos diversos e progressivos grupos de idade, e o envelhecimento corresponde ao processo de regulação da personalidade que persiste em ambos os processos.

Em decorrência desta fase da vida, muitas pessoas acabam se sentindo menosprezadas devido à falta de estruturação da sociedade para entender esta etapa, pois ocorrem certos preconceitos com a pessoa idosa, sendo discriminadas e isoladas do meio social.

Essa população passa por várias dificuldades, destacando entre essas: o desprezo das políticas públicas, a falta de oportunidades perante uma sociedade capitalista que busca o máximo de eficiência das pessoas; pelo caráter marginalizado atribuído ao aposentado ou pela assistência da área de saúde inadequada, que muitas vezes nega ao idoso seu simples acesso (SIMÕES, 1994).

A mesma autora ainda relata que a sociedade capitalista é caracterizada pela competição, na qual a força de trabalho está a serviço do lucro e da classe

dominante e que a aposentadoria é um benefício àquele que se dedicou por muito tempo ao trabalho, mas ao mesmo tempo é tida como “status” de desempregado, gerando nele a sensação de inutilidade e impotência.

Tudo isto devido à falta de oportunidade dada à população idosa, que é menosprezada pela sociedade capitalista, que só pensa nos resultados que o ser humano irá trazer. Pela falta de respeito em não considerar os limites que todos possuem e não possibilitar a oportunidade de mostrar suas potencialidades.

Sendo assim, atualmente o idoso tem que estar em busca de sua solidificação perante a sociedade, para que o menosprezo seja minimizado e as oportunidades apareçam sem sofrer discriminações, porém o oposto não está sendo proporcionado, ou seja, situações em que o idoso possa ser aceito em todos os segmentos sociais.

Posso finalizar esta etapa relatando que é necessário que a população se molde para esta nova fase da humanidade, que a população idosa está aumentando e que muitos de nós, pessoas que estão na fase madura, chegarão à velhice, sendo necessária uma reestruturação das políticas públicas, da população em geral, para que as pessoas idosas tenham uma velhice com total vigor e tranqüilidade para viver.

1.2- Visão Psicológica do Envelhecimento

Os estudos do desenvolvimento psicológico na velhice tiveram grande expansão a partir dos anos 70, nos Estados Unidos. Um grupo de pesquisadores liderados por Schaie, Birren, Baltes e Nesselroade, entre outros, desenvolveram pesquisas sob a orientação na psicologia chamada de Life-span developmental psychology – psicologia de desenvolvimento do curso de vida (TRINDADE, 2005).

No entanto, o ser humano passa a maior parte de seu tempo na vida adulta, sendo a psicologia uma área que estuda o comportamento humano nas diversas fases da vida. Mas pouco estuda essa mudança do comportamento humano na velhice. Trarei neste item algumas relações da visão psicológica no processo de envelhecimento.

Posso começar dizendo que no plano psíquico, o desenvolvimento não se dá linearmente, pois não se produzem, após a maturidade, sinais de declínio de todas as funções psicológicas. Algumas funções como memória, cognição e atenção, são estreitamente dependentes da fisiologia, podem de fato obedecer ao padrão biológico de involuir, no sentido de regressão irreversível, sem possibilidade de recuperação. Outras, pelo contrário, evoluem. As emoções não têm idade, como a sabedoria e a experiência, atributos positivos concedidos à pessoa idosa, e por sinal, extremamente valorizados em outras culturas e sociedades que dependem do tempo e do amadurecimento psíquico (BACELAR, 2002).

O mesmo autor comenta que na velhice, pelo menos do ponto de vista do aspecto psicológico de uma abordagem biopsicossocial da gerontologia não deve ser encarada apenas como uma fase de declínio e perdas no ciclo vital. No plano da representação psíquica e da vivência emocional subjetiva cada ser humano reagirá de forma única quanto às etapas de sua existência

O ser humano atual busca a solução para a imortalidade, preocupando-se em descobrir as virtudes da velhice, prolongar a juventude e envelhecer com boa qualidade de vida.

Nesta perspectiva, envelhecer satisfatoriamente depende do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, o que lhe possibilitará lidar, em diferentes graus de eficácia, com as perdas inevitáveis do processo de envelhecimento.

No entanto, as pessoas idosas com deficiência visual, possivelmente mobilizam as atitudes dos indivíduos e das sociedades, porque exigem esforços adicionais e manejo afetivo e social, sendo tópicos de interesse da psicologia educacional (RESENDE, 2001).

De acordo com Neri (1995a), muitas literaturas gerontológicas internacionais têm dado importância crescente à compreensão do significado de uma boa e saudável velhice, ou como muitos têm preferido com uma velhice bem-sucedida.

A mesma autora coloca que uma velhice bem-sucedida é uma condição individual ou grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece, e às

circunstâncias de sua história pessoal e de um grupo etário. Finaliza comentando que uma velhice bem-sucedida preserva o potencial individual para o desenvolvimento, respeitado os limites da sua plasticidade.

Neri (1995b), coloca que no Brasil o significado de envelhecer bem só depende do indivíduo: manter-se ativo, engajado e útil, apesar das perdas biológicas, econômicas, sociais e psicológicas, mas considerando que qualquer pessoa pode ter uma velhice satisfatória.

Apesar de na velhice ocorrer certo desequilíbrio entre ganhos e perdas, esta não deve ser entendida como sinônimo de doença. São os incidentes patológicos que produzem um organismo qualitativamente diferente na velhice, e não a passagem do tempo, simplesmente (TRINDADE, 2005).

Neri (1995a), coloca que a psicologia do envelhecimento é uma área emergente, acompanhando o processo de envelhecimento populacional e o aumento da consciência social sobre as questões da velhice; já a concepção emergente é onde o desenvolvimento comporta simultaneamente ganhos e perdas.

No entanto, o envelhecimento pode envolver avanços, como no campo da sabedoria, que pode ser otimizado se os indivíduos e a sociedade forem capazes e tiverem competência e disponibilidade para investir mais recursos na geração de uma cultura positiva na velhice.

Trindade (2005), adverte que algumas condições sociais adversas como a falta de recursos econômicos, a escassez de profissionais, além de preconceitos e estereótipos agem no sentido de aumentar ou perpetuar uma incapacidade, a qual pode ser minimizada com intervenções ambientais adequadas.

Assim, a velhice implica uma crescente exposição de desafios associados às mudanças de natureza biológica, psicológica e social que caracterizam o envelhecimento.

As pessoas idosas têm que lidar com crenças e estereótipos sobre a velhice que exageram os declínios, as incapacidades, as restrições e as perdas. Portanto, lidar com estas demandas socioculturais também encerra riscos e ameaças à

adaptação. Em resumo, as demandas do envelhecimento colocam forte exigência sobre a *resiliência*[4] do indivíduo.

No entanto, envelhecer bem depende do equilíbrio entre as potencialidades e limitações do indivíduo, o qual permitirá que, com diferentes graus de eficácia, ele desenvolva mecanismos para lidar com as perdas do processo de envelhecimento e se adapte com as vantagens e incapacidades. Estas podem ocorrer na velhice, mas também em fases precedentes como ocorrer em pessoas com deficiência visual.

1.2.1- Memória, cognição e emoção no envelhecimento

A mente humana não é uma "faculdade" isolada ou apriorística, mas uma atividade complexa, caracterizada por suas estruturas sistêmicas, natureza mediada e origem histórico-social. Sua estrutura sistêmica compreende um conjunto dinâmico de componentes psicológicos (cognitivos, volitivos e afetivos) e regiões cerebrais interconexas, sendo que cada uma contribui com operações básicas para a realização de atividades como um todo (DAMASCENO, 2004).

Seu caráter dinâmico se deve ao fato de que a estrutura psicológica e a organização cerebral do sistema mudam a cada instante, na mesma medida em que mudam as tarefas em pauta.

Cada atividade requer um conjunto diferente de operações cognitivas adequadas aos seus objetivos, além dos componentes motivacionais e emocionais sempre presentes.

No funcionamento sistêmico da atividade, seus objetivos permanecem constantes, enquanto que seus métodos ou operações básicas podem variar.

No entanto, no envelhecimento, todo esse processo da mente humana não ocorre diferentemente da pessoa na juventude e na idade madura. O idoso

[4] Segundo Staudinger e Baltes citado por Néri (1995b), Resiliência é um termo derivado da psicologia clínica e corrente no enfoque de curso de vida aplicado ao estudo do envelhecimento psicológico. Refere-se ao potencial do indivíduo para manter e recuperar os níveis de adaptação normal, na presença de ameaças e riscos, a partir da ativação de seus recursos latentes. Ou seja, a resiliência é um importante fator protetor para o desenvolvimento normal do idoso ou para uma velhice bem sucedida.

apresenta suas operações mentais em processos mais lentos tendo respostas mais demoradas.

Muitas vezes as pessoas acham que estas respostas são sinônimos de patologias existentes e não compreendem que esses processos são mais demorados em decorrência da lentidão cortical devido à idade avançada.

Basta então, ele saber enfrentar estas perdas com situações adversas. Mas como fazer isto?

Gatto (1996), cita três pontos importantes a considerar em relação à melhora psicológica sobre este fato. O primeiro é o idoso ter condições de saúde, o segundo é ter a percepção sobre esta condição e o terceiro são as modificações orgânicas que não são doenças, ou seja, os indicadores da passagem do tempo que têm que ser considerados.

Assim, a diminuição das capacidades cognitivas é uma conseqüência inevitável do envelhecimento, especialmente para os indivíduos muito idosos.

Para aceitar estas mudanças é necessário que as suas condições emocionais estejam em plena vitalidade, pois todas as atividades que estamos realizando, é necessário um envolvimento total do físico, mental e emocional, ocorrendo sempre uma predominância de um dos três componentes.

As mudanças que estão ocorrendo trazem desafios ao controle emocional do indivíduo que está envelhecendo. À medida que as pessoas envelhecem, têm que estar emocionalmente equilibradas para aceitar todas as transformações biológicas, psicológicas e sociais que estão acontecendo na sua vida.

Muitos idosos, principalmente aqueles que possuíam uma vida ativa, têm certa dificuldade em lidar com as transformações da nova fase, sendo necessários alguns reajustes substanciais e uma competição psicológica para manter a auto-estima e o controle emocional. Alguns indivíduos lidam com este desafio modificando sua própria expectativa de vida, outros apresentam mais dificuldades e muitas vezes acabam se isolando do mundo, abandonando seu esporte ou passatempos físicos, substituindo por atividades com menos exigência física ou encontre outras compensações para a perda (SPIRDUSO; MACKIE, 2OO5).

Lidar com as transformações no envelhecimento, principalmente para o idoso cego, representa um fator de estresse muito grande, com o qual todas as pessoas nesta fase devem confrontar, sendo que para alguns o desafio ao controle emocional é substancial.

1.3- Visão Biológica do Envelhecimento

O filósofo e poeta egípcio Ptah-Hotep relatava em seus contos:

> Quão penosa é a vida do ancião! Vai dia a dia enfraquecendo, a visão baixa. Seus ouvidos se tornam surdos, a força declina, o corpo não encontra repouso, a boca se torna silenciosa e já não fala. E conclui o velho egípcio: A velhice é a pior desgraça que pode acontecer a um homem (MEIRELLES, 2000, p.15).

Atualmente os laboratórios estão criando condições artificiais para que o ser humano não envelheça. Mas será que isto acontecerá com o ser humano? Será possível retardar o envelhecimento? Inevitavelmente produzirão trocas biológicas que podem retardar a morte, mas não que evitam a mesma, mas é bem provável que consigam retardar o processo de envelhecimento (GEIS, 2001). No entanto, às vezes nos pegamos perguntando: Por que envelhecemos? Quais alterações fisiológicas ocorrem no nosso organismo?

Assim, neste item, o propósito é esclarecer sobre o processo de envelhecimento elucidando o aspecto biológico, mostrando que por este viés ocorrem mais perdas, comparativamente aos outros itens.

Posso notar que o estilo de vida adotado pelas pessoas hoje em dia tem contribuído para que as condições do processo de envelhecimento estejam melhores e que a própria condição alimentar, maior controle das enfermidades entre outros, vêm propiciando um envelhecimento mais digno.

Segundo Geis (2001), analisando o envelhecimento apenas por uma visão biológica, envelhecemos porque o oxigênio inalado através do sistema respiratório, no nosso caso os pulmões, é captado pelos glóbulos vermelhos do sangue. Através do sistema circulatório é transportado para diferentes órgãos e tecidos, quando a molécula de oxigênio chega ao interior da célula, penetra em um orgânulo denominado

mitocôndria. A mitocôndria, mediante complexas reações químicas, é capaz de aproveitar o oxigênio e obtém energia. Como conseqüência dessas complexas reações químicas, se produzem umas substâncias ruins para o organismo, e à medida que vão se acumulando, se tornam tóxicas para a mitocôndria.

Quando ocorre um grande acúmulo dessa substância, a mitocôndria é incapaz de realizar novas reações para aproveitar o oxigênio. Portanto, quando estas reações ocorrem em um número determinado de mitocôndrias, a célula não poderá obter mais energia e morrerá. Este fenômeno repetido em diferentes tecidos do organismo vivo conduzirá ao envelhecimento (GEIS, 2001).

O envelhecimento também é um fenômeno fisiológico, pois acontece com todo ser humano, sendo um progresso contínuo, ocorrendo a todo momento alterações nos diversos sistemas.

Somente para justificar inicialmente estas alterações, tomamos como exemplo:

A-) Sistema cardiovascular: O sistema cardiovascular é composto pelo coração, vasos sanguíneos e o sangue. Responsável pelo transporte do oxigênio dos pulmões para o corpo, pelo abastecimento dos nutrientes do aparelho digestivo e por transportar o dióxido de carbono e outros produtos a serem eliminados do corpo (GUYTON; HALL, 2002).

Assim, quando realizamos um esforço, a meta do sistema cardiovascular é garantir que os músculos exigidos sejam bem irrigados. Para que isto ocorra, há um aumento do débito cardíaco, no qual, por sua vez, envia um volume maior de sangue oxigenado para o músculo em atividade. A função circulatória requer dois mecanismos reguladores independentes: a aceleração da freqüência cardíaca e uma modificação da pressão arterial.

A freqüência cardíaca é definida pelo número de contrações do músculo cardíaco por minuto: portanto, posso dizer que o coração é uma bomba que com a idade precisa fazer um esforço maior por causa das resistências arteriais crescentes. Com o passar dos anos, a parede arterial, em função do processo aterosclerose, sofre uma transformação profunda que se manifesta por uma diminuição da elasticidade das artérias (endurecimento e aumento da espessura das paredes, aparecimento de

pequenas placas). No repouso ou no esforço, o débito cardíaco diminui progressivamente com o aumento da idade.

Considerando-se que o volume de ejeção sistólica também diminui com o esforço, passa de 80ml aos 30 anos para 50ml aos 65 anos, um débito cardíaco suficiente somente pode ser obtido mediante um aumento correspondente da freqüência cardíaca. Mas essa regulação torna-se mais difícil, pois a freqüência cardíaca máxima também diminui com a idade. Por esse motivo, muitas vezes o limite da capacidade e desempenho de esforço pode ser atingido rapidamente nas pessoas com mais de 60 anos (MANIDI; MICHEL, 2001).

Em uma pessoa idosa que apresenta deficiência visual congênita, normalmente o seu condicionamento cardiovascular será mais precário em função, inclusive das oportunidades motoras e outros aspectos sócio-culturais. Já as pessoas idosas com deficiência visual adquirida recentemente, possivelmente apresentarão uma condição cardiovascular melhor, devido ao fato de apresentar um histórico motor melhor, e consequentemente uma condição cardiovascular mais elevada.

B-) Sistema respiratório: é composto pelo nariz, boca, garganta, traquéia, músculo do tórax, diafragma e pulmões. Estes são responsáveis por transportar o oxigênio (O2) na inspiração, conduzir o dióxido de carbono (CO2) ou outros produtos residuais para fora do corpo na expiração e proteger o corpo contra germes e a poeira do ar (BERNER; LEVY, 2000).

No processo de envelhecimento, constata-se que a partir dos 40 anos, sem que a pessoa tenha consciência disto, a sua respiração diminui (hipoxemia = falta de oxigênio). Por sua vez, esse fato influencia conseqüentemente sobre o estado de vigília da pessoa, a amplitude de seus movimentos, a postura como um todo e, enfim, sobre o estado emocional, com componentes depressivos (MANIDI; MICHEL, 2001).

No entanto, a limitação comum na pessoa com deficiência visual é mais acentuada, o que pressupõe que o seu envelhecimento será antecipado.

C-) Sistema locomotor: é composto por todos os músculos do corpo e responsável pela postura corporal, pelos movimentos, ajuda alguns órgãos a funcionar eficientemente e protege o corpo contra agressões (WAGORN; THÉBERGE; ORBAN, 1993).

Uma pessoa em fase de envelhecimento tem o seu sistema locomotor transformando-se progressivamente. Os músculos tendem a diminuir de volume, os ligamentos endurecem, as articulações se anquilosam e o sistema nervoso diminui sua velocidade de transmissão.

Dentre alguns problemas que se apresentam no envelhecimento, destacamos a sarcopenia, sendo este termo estabelecido para denotar a extrema perda muscular que acaba deixando o idoso frágil e incapaz de realizar muitas ou todas as tarefas da vida geriátrica, ainda assim é um fator importante que leva a uma deterioração na qualidade de vida para o indivíduo afetado.

Uma combinação de um regime alimentar inadequado e falta de força criam um ciclo vicioso de progressiva inatividade física e acelerada perda muscular. À proporção que os músculos vão enfraquecendo, constata-se uma diminuição no comprimento das passadas, uma desaceleração da velocidade de caminhada e um declínio progressivo na carga que os músculos conseguem erguer (SHEPHARD, 2003).

Assim, o idoso com deficiência visual, apresentará déficits nas suas atividades de vida diária, como a locomoção e ações que requerem dupla atenção. A primeira em função de certa dependência para determinados deslocamentos e a segunda pela grande necessidade de trabalhos motores que compensem a ausência comum de atividades motoras.

D-) Sistema endócrino: no decurso do processo de envelhecimento, uma das observações principais é o aumento da probabilidade da morte das células e do organismo. A morte celular é resultado de uma programação genética cuja função é evitar uma proliferação celular descontrolada. Além disso, danos imperdíveis resultam de uma deterioração da função metabólica, tais como uma disfunção após um esgotamento do sistema imunológico (MANIDI; MICHEL, 2001).

Com o aumento da idade, ocorrem efeitos marcantes sobre o conjunto dos mecanismos de regulação. Posso citar, a insuficiência de adaptação térmica devido a vários fatores: transpiração insuficiente, vasodilatação parcial, funcionamento renal excessivamente estimulado (por via medicamentosa) ou ao contrário, passivo demais, uma falta de sensação de sede causada por agentes betabloqueadores ou, ainda, por um estado de obesidade que tem um efeito isolante.

Outro efeito marcante no sistema endócrino no processo de envelhecimento é a obesidade, sendo esta definida como o aumento da matéria gordurosa, cujo sujeito tem que estar 20% acima do seu peso ideal (MANIDI; MICHEL, 2001).

Apesar da obesidade nos seres humanos estar associado a uma expectativa de vida diminuída, o grau envolvido é de uma maneira controversa, pois alguns dados indicam que estar abaixo do peso está associado a uma taxa de mortalidade tão alta quanto à obesidade moderada, particularmente em pessoas com mais de 60 anos.

O aumento do peso ocorre porque a necessidade de energia diminui com a idade, ocorrendo um declínio normal do metabolismo, em diminuição da atividade física e o gasto de energia. Mas atualmente este índice de pessoas idosas obesas está reduzindo, pois indivíduos ativos com mais de 50 anos estão aumentando.

Outro problema que se apresenta no envelhecimento é a diabetes melittus, considerada uma doença crônica séria, caracterizada por anormalidades no metabolismo de carboidrato, proteína e gordura. Apesar desta patologia abranger um grande aspecto clínico, a intolerância à glicose ou hiperglicemia é o denominador comum. A pessoa com diabetes tem organismo que não responde à insulina, um hormônio produzido pelas células beta do pâncreas que é necessário para o uso ou armazenamento do combustível corpóreo. Sem a insulina eficiente ocorre a hiperglicemia, que pode levar à complicações a curto e longo prazo, sendo esta uma das maiores causas da deficiência visual no mundo.

No entanto, para pessoas idosas cegas congênitas, a probabilidade de aumentar o peso é maior, pois além do metabolismo estar mais lento, as possibilidades

motoras são menores, diminuindo o gasto de energia e ocasionando o aumento da taxa de gordura, levando a uma possível obesidade.

E-) Sistema Digestivo: é composto pela boca, estômago, intestinos e reto. Sendo responsável por decompor os alimentos em pequenos pedaços e absorvê-los. Após decomposto é responsável pela excreção dos dejetos sólidos do corpo (WAGORN; THÉBERGE; ORBAN, 1993).

A higiene vital, a alimentação e o exercício físico, estão estreitamente ligados. Seria ilusão pensar que um pode agir sobre o outro sem considerar os outros dois. No entanto, a higiene vital como a alimentação requer um ritmo regular nas horas das refeições e idas ao banheiro. Essa regularidade contribui para ritmar o sistema nervoso vegetativo, que é um verdadeiro reservatório de vitalidade.

No envelhecimento, o bolo fecal apresenta-se em consistências diferenciadas, ou em forma líquida (diarréia) ou muito consistente (constipação). Além disso, qualquer mudança nos hábitos diários provocam um efeito imediato sobre a evacuação do bolo fecal. Assim, deve-se identificar qual dessas características que a pessoa apresenta, pois a diarréia aguda causa sinais de exaustão e a não ida ao banheiro há mais de uma semana pode provocar náuseas ou dor de cabeça. Vale também considerar que vários medicamentos causam o efeito secundário de desregular a evacuação (MANIDI; MICHEL, 2001).

F-) Sistema reprodutor: ao contrário das outras funções, a função sexual não é puramente biológica. O sistema reprodutor contribui para a identidade do indivíduo, seja por participar da constituição do Eu e da imagem corporal, seja pelos vários papéis sociais nos quais as pessoas investem (familiar, profissional, político, entre outros), neste caso, fala-se da preferência do gênero masculino ou feminino. Por outro lado, a identidade está impregnada de influências culturais, como por exemplo a cultura judaico-cristã, que se caracteriza pela monogamia. Portanto, a função sexual é multidisciplinar e somente pode ser compreendida se levar em conta seus diversos fatores (MANIDI; MICHEL, 2001).

No entanto, a sexualidade transforma-se com a idade, a mulher idosa, no caso específico de culturas ocidentais, com o acesso a uma sexualidade pelo prazer, vem sendo cada vez menos negado, permitindo ao sexo feminino a liberação de sua sexualidade fora de seu papel na procriação.

Com a idade avançada, a libido da mulher persiste e até mesmo aumenta após a menopausa, pois ocorre crescimento dos androgênios de origem supra-renal. Esta persistência da libido traduz-se pela capacidade de conservar o desejo imaginário (MANIDI; MICHEL, 2001).

Os mesmos autores ainda comentam que ao crescimento de androgênios opõe-se a diminuição de estrogênios, que reduz a lubrificação vaginal e provoca uma perda da elasticidade das paredes da vagina, causando às vezes uma dispareunia. Essa última pode ser também um sintoma do tipo psicossomático que, algumas vezes traduz a contradição entre o aumento da libido e a interdição cultural da sexualidade na idade avançada.

Já para o homem idoso, a sexualidade foi valorizada universalmente em relação à mulher, sobretudo pelo fato da procriação, embora sofra redução ao longo dos anos. Um encontro neste plano entre cultura e natureza permite ao homem expressar melhor suas fantasias eróticas, no sentido de haver uma continuidade entre a sexualidade de um adulto e aquela idade avançada que está por vir (MANIDI; MICHEL, 2001).

No entanto, a libido do adulto idoso tende a diminuir devido às perdas hormonais. Quando não há nenhuma ansiedade relacionada ao desempenho, a ereção ocorre com mais naturalidade.

Em virtude da necessidade de ejacular não ser tão imperiosa, o homem idoso pode atender com maior expressão os desejos e satisfação de sua companheira, já que, para ela, o tempo das preliminares e de obtenção do orgasmo é mais longo (MANIDI; MICHEL, 2001).

G-) Sistema nervoso: O sistema nervoso é composto pelo cérebro, pela medula espinhal e todos os nervos que passam pelo corpo, sendo o cérebro considerado o centro do raciocínio, e também por desempenhar o papel principal no

controle dos pensamentos e emoções sendo um sistema único, por apresentar uma vasta complexidade dos processos de pensamento e das ações de controle que pode exercer. Recebe literalmente milhões de “bits” de informação, a partir dos diferentes órgãos sensoriais e então, integra todos eles, para determinar as respostas a serem dadas pelo corpo (GUYTON; HALL, 2002).

Assim, o sistema nervoso apresenta algumas alterações na função cerebral global, na visão, na audição e outros sentidos, todas relacionadas à idade. Uma desaceleração é observada e causas possíveis são exploradas, tais como, morte celular, perfusão cerebral deficiente e uma diminuição na velocidade de neurotransmissões. As seções posteriores proporcionam à pessoa que se encontra na velhice danos na caminhada, tremores, equilíbrio deficiente e quedas (SHEPHARD, 2003).

No entanto, a pessoa idosa apresenta déficit motores como os citados acima, mas o idoso cego apresenta uma característica maior, pois não contém um dos ítens responsáveis pelo equilíbrio, que é a visão.

Oliveira Filho citado por Almeida (1995), relata que é necessário lembrar que a possibilidade de dominar o corpo no espaço, sem o auxílio de um ponto de referência visual (como é o caso dos idosos cegos) com informações cinestésicas (tato) e verbais praticamente ausentes, é reflexo do alcance de no mínimo domínios físicos conscientes, sensações espaciais, posicionais, coordenação e ritmo exato de movimento. Palmisciano (1992), ainda completa dizendo que no equilíbrio, ao menos em condições normais, é a sensação visual a mais importante.

A função global cerebral na pessoa idosa apresenta algumas alterações na atividade elétrica, por apresentarem declínio na memória, cognição e capacidade de aprendizagem e por distúrbios nos padrões do sono.

De acordo com Shephard (2003), a memória, cognição e processamento de informação deterioram-se com a idade. O componente de reconhecimento da memória de longa duração é relativamente bem preservado, porém há dificuldades na recuperação de informação desse armazenamento. A memória de curta duração e o armazenamento sensorial em curto prazo desenvolvem progressivamente maiores deficiências à medida que a idade aumenta. Ocasionando um ritmo de aprendizagens

diminuídas, sendo necessária uma abordagem mais simples levando a uma redução no aprendizado dos elementos periféricos de uma tarefa.

Os fatores que contribuem para o desempenho cerebral incluem não somente condições tais, como a doença de Alzheimer, mas também um nível educacional limitado, falta de prática e habilidades motoras e sensoriais especializadas, desaceleração na velocidade perceptiva, uma depressão no estado de ânimo, uma diminuição na síntese dos peptídeos específicos da memória (SHEPHARD, 2003).

O sono é outro problema que as pessoas idosas apresentam, já que levam comumente muito tempo para adormecer. Elas passam menos tempo adormecidas e normalmente têm sono leve, levantando-se mais facilmente que um indivíduo jovem. O sono de ondas lentas é crescentemente substituído por um sono leve de dois estágios.

Devido a problemas, como a nictúria, os idosos têm que sair da cama com mais freqüência. Outras causas patológicas do distúrbio do sono são a ansiedade e a depressão, várias fontes de dor, doenças respiratórias e cardiovasculares, apnéia do sono e espasmos musculares noturnos. Entretanto, esses problemas relacionados ao sono podem ser minimizados com a prática de exercícios físicos regulares (SHEPHARD, 2003).

Dentre tais alterações posso destacar os de ordem sensorial causados pelo envelhecimento, sendo enfatizado neste trabalho alterações no órgão auditivo e visual, no entanto, este segundo é o foco principal da minha pesquisa.

G-1-) Sistema Nervoso Sensorial (audição):

A deficiência auditiva na velhice pode ocorrer de duas formas: a presbiacusia desenvolvida em indivíduos com audição normal (ocorre apenas no ouvido externo e médio) e a desenvolvida em indivíduos possuidores de deficiência auditiva desde a infância, adolescência ou idade adulta (ocorre no ouvido interno) (SIGNORI, 1989).

Neste caso específico, comentarei somente o primeiro caso, ou seja, a causada pelo envelhecimento. Freqüentemente, uma pessoa idosa tem uma capacidade mais deficiente para compreender a fala do que aquilo que poderia ser

inferido a partir da pura audiometria de tons. Isto poderá levar o idoso de todos os tipos de eventos sociais, incluindo os que envolvem exercícios físicos (SHEPHARD, 2003).

Isto geralmente se apresenta devido às alterações intrínsecas no órgão da audição. Os efeitos de um espessamento, da perda de elasticidade no tímpano e da articulação danificada dos ossículos do ouvido médio são pequenos, porém efeitos adversos maiores provêm de uma perda progressiva de neurônios receptores no órgão de Corti, uma diminuição da elasticidade na divisão vibratória na cóclea, dano ao nervo auditivo e uma deterioração da função nos núcleos das ramificações cerebrais ou no córtex auditivo.

Cerca de 1,6% da população adulta jovem apresenta uma deficiência auditiva significativa, porém, por volta da idade de se aposentar, 12 a 30% são afetados e aproximadamente aos 80 anos 50% tem uma deficiência auditiva substancial.

Uma das principais características de uma pessoa idosa que está apresentando a deficiência auditiva é quando ela apresenta certa dificuldade em acompanhar a conversa de dois ou três amigos, ou quando existe algum ruído no ambiente como por exemplo: televisão ligada, música, entre outros sons.

Signori (1989), comenta que o idoso deficiente auditivo desliga-se do mundo, não somente porque não consegue comunicar-se facilmente, mas também porque algumas ou todas as pistas auditivas que permitem manter contato com o mundo não são mais percebidas. Assim, a detecção deste comprometimento sensorial o mais rápido possível é importante para serem tomadas as devidas alterações no ambiente e no convívio desta pessoa.

Outro órgão sensorial afetado com o envelhecimento é a visão. Sendo este o foco de estudo do segundo capítulo da minha pesquisa.

Após uma breve compreensão sobre o envelhecimento, passando por três visões sobre o assunto, posso finalizar este capítulo dizendo que a discriminação pelo idoso e pela pessoa com deficiência em uma sociedade estruturada, hierárquica, na qual apenas os indivíduos que são autoconfiantes, competitivos e orientados para o sucesso são os valorizados. Os preconceitos e estereótipos baseiam-se em características escolhidas basicamente de ordem biológica, fundamentada na falsa idéia de que o declínio biológico da velhice causa obrigatoriamente deficiências

comportamentais, sendo necessário adotar estratégias que mudem os paradigmas sobre o envelhecimento e a deficiência visual.

Posso relatar que este problema é também de ordem sócio-cultural, no qual vigora a prática de atribuir superioridade a alguns grupos sociais e selecionar outros, através de seus comportamentos diferenciados.

Mas a velhice não é uma fase de declínio do desenvolvimento humano. Assim como a infância, a adolescência e a idade adulta, a velhice apresenta uma dinâmica e contínua interação entre crescimento (ganho) e declínio (perda). Em nossa sociedade ainda existem esteriótipos negativos em relação à pessoa idosa e a pessoa com deficiência, provavelmente isso aconteça, entre outros motivos, pela falta de análise crítica em relação às concepções muito antigas sobre a velhice e sobre a pessoa com deficiência.

CAPÍTULO II

DEFICIÊNCIA VISUAL E SUA RELAÇÃO COM O ENVELHECIMENTO

> O meu olhar é nítido como um girassol. Tenho costume de andar pelas estradas olhando para a direita e para a esquerda, e de vez em quando olhar para trás... E o que vejo a cada momento é aquilo que nunca antes eu tinha visto...
> (ALBERTO CAEIRO, 1975, p.35)

Diante de relatos históricos, tanto na Idade Média quanto na Antiguidade, existe uma relação mítica entre velhice e cegueira. Esta simboliza o exílio ao qual às pessoas idosas são condenadas por sua vida demasiadamente longa, sendo estas cortadas do resto dos seres humanos, pois a solidão as engrandece e as torna espiritualmente clarividente. Por outro lado, o mito tinha então, sólidas raízes na realidade, pois nesta época não se sabia muito sobre como curar, medicar ou operar a catarata, fazendo por exemplo, com que muitos homens se tornassem cegos devido a isto.

Com o decorrer dos anos, com o avanço nas pesquisas, novos conceitos foram se formando, novas soluções para problemas foram chegando, e a expectativa de vida da população foi aumentando. Assim, ocorreu um rápido crescimento da população idosa em nosso meio, trazendo, entre uma série de conseqüências, o aumento das pessoas com necessidades especiais, ditas neste texto como pessoas com deficiência, no nosso caso específico, a deficiência visual.

Diogo (2004), comenta que à medida que a população idosa e a expectativa de vida vão aumentando, o perfil de saúde da população se altera, ou seja, as doenças crônicas e suas complicações passam a predominar, levando a uma maior ocorrência de deficiências e incapacidades. Ademais, no decorrer do processo de envelhecimento, ocorrem alterações funcionais nos sistemas orgânicos, determinadas geneticamente e influenciadas pelo contexto social, ambiental, de saúde, as quais podem comprometer a capacidade funcional e aumentar a vulnerabilidade dos idosos às doenças, às demências e às deficiências.

Especificamente na América Latina e no Caribe, a cegueira e a perda de visão são decorrentes do aumento da idade, sendo que isto vem se tornando um problema de saúde pública.

De acordo com os dados da Organização Panamericana de Saúde Ocular, a prevalência de cegueira em pessoas com mais de 50 anos, é de 1,4% em zonas urbanas do Brasil e Argentina, 3% no Paraguai e cerca de 4,1% em zonas rurais da Guatemala. Ainda podemos considerar que nos países mais pobres, a prevalência tende a aumentar (HOSKINS; KALACHE; MENDES, 2005).

Partindo desses relatos, comentarei neste capítulo sobre a deficiência[4] visual e seus comprometimentos relacionados à idade. Assim, relatarei sobre os aspectos conceituais e classificações da deficiência visual, para em seguida dar uma compreensão biológica sobre o órgão da visão e por fim apresentar as causas da deficiência visual e sua relação com o envelhecimento.

2.1 – Aspectos conceituais e classificações:

Compreender a deficiência visual não é tão fácil quanto aparenta. Uma grande variedade de definições e classificações, assim como as diferentes terminologias citadas na literatura ou empregadas nos nomes das entidades que lidam com tal público, freqüentemente geram dúvidas como: O que é deficiência visual? Quando uma pessoa possui ou não, deficiência visual? Quem usa óculos é deficiente visual? E quem enxerga com apenas um olho, também é uma pessoa com deficiência?

A deficiência visual é caracterizada por perda parcial ou total da capacidade visual, em ambos os olhos, avaliados após a melhor correção óptica ou cirúrgica, levando o indivíduo a uma limitação em seu desempenho normal (MELLO, 1991).

[4] Dados do IBGE (2000) nos mostram que atualmente cerca de 14,5 % da população brasileira (aproximadamente 24,5 milhões de pessoas) apresenta algum tipo de deficiência, sendo que destes, 48% apresentam deficiência visual, 27% deficiência física, 16,7% deficiência auditiva e 8,3% revelam algum tipo de deficiência intelectual, porém tais resultados merecem ser contextualizados, pois neste estudo foram englobados desde pessoas com dificuldade leve até severa.

A simples utilização de óculos ou lentes de contato não é suficiente para caracterizar a deficiência visual, pois a prescrição de correção ótica adequada pode conferir ao indivíduo uma condição visual ideal. Todavia, mesmo utilizando recursos óticos especiais e passando por intervenções cirúrgicas, algumas pessoas continuam com a capacidade visual severamente comprometida e, portanto, apresentam a deficiência visual.

Em determinadas situações, mesmo com a perda total da capacidade visual em um dos olhos, ou ainda que seja feita a *evisceração* ou a remoção do órgão da visão comprometido, a pessoa pode apresentar uma boa porcentagem de visão no órgão remanescente. No entanto, a referida perda é compensada, e a visão continua dentro dos limites da normalidade. Neste caso, o indivíduo não é considerado uma pessoa com deficiência, pois é necessário que a perda visual apresente-se em ambos os olhos (MUNSTER; ALMEIDA, 2005).

No entanto, a deficiência visual apresenta-se sob duas formas: as congênitas, que acompanham o indivíduo desde o nascimento ou logo nos primeiros meses de vida, e as adquiridas, que se manifestam após a aquisição de determinados conceitos visuais por parte do indivíduo (MUNSTER, 2004).

Quanto às formas de classificação da deficiência visual, variam conforme o objetivo e a área a que se destinam (legal, médica, educacional, esportiva,) sendo todas baseadas em elementos clínicos.

A Classificação Legal tem como principal objetivo oferecer garantias à pessoa com deficiência visual quanto às possibilidades de formação, trabalho etc., estabelecendo seus direitos como cidadão. A classificação da pessoa com deficiência visual, sob o aspecto legal, varia de acordo com a Constituição do país. Assim, no Brasil, os deficientes visuais são classificados em Cegos e indivíduos com visão Sub-normal;

A Classificação Educacional está vinculada de forma genérica, à alfabetização da pessoa com deficiência visual. São assim classificados como cegos aqueles que só poderão ser alfabetizados através do sistema “Braille”; os Sub - Normais, aqueles cujo resíduo visual possibilita o aprendizado à tinta. Há, no entanto,

casos em que o resíduo visual é tão pequeno que se torna necessário a utilização do sistema “Braille”;

Já para a classificação esportiva, que separa os cegos dos deficientes visuais em classes distintas, está dividida em três categorias: B-1, B-2, B-3 (B = Blind = cego ou deficiente visual).

Conforme Oliveira Filho e Almeida (2005), esta classificação respeita uma avaliação oftalmológica, realizada para que os atletas venham competir dentro das classes, desenvolvendo a prática desportiva de maneira mais igualitária, conforme o grau de deficiência.

Assim, ela divide o grupo em três grupos funcionais: o B-1 – é aquele considerado cego, é a pessoa que apresenta nenhuma percepção de luz em qualquer dos olhos, até a percepção de luz, mas incapacidade de reconhecer o formato de uma mão colocada à sua frente; O B-2 – é aquele que possui resíduo visual, tendo um campo visual de até 5 graus e/ou acuidade visual de 2/60 metros ou 20/400 pés; e o B-3 -, aquele que tem campo visual variando de 5 a 20 graus e/ou acuidade visual entre 2/60 metros ou 20/400 pés até 6/60 metros ou 20/200 pés. Esta capacidade visual é obtida no olho de melhor correção, após cirurgia e com o uso corretivo de lentes (IBSA, 1998).

Para um melhor desenvolvimento de meu trabalho e por tratar-se de uma pesquisa acadêmica, optei por basear-me em parâmetros educacionais, preferindo uma classificação que me forneça indicações a respeito da deficiência visual do indivíduo, baseando-me em suas necessidades educacionais especiais, tendo sido adotadas as seguintes definições:

- Pessoa com baixa visão: “[...] é aquela que possui dificuldade em desempenhar tarefas visuais, mesmo com prescrição de lentes corretivas, mas que pode aprimorar sua capacidade de realizar tais tarefas com a utilização de estratégias visuais compensatórias, baixa visão e outros recursos, e modificações ambientais” (CORN; KOENIG, 1996, p.04).
- Pessoa com cegueira: “[...] é aquela cuja percepção de luz, embora possa auxiliá-la em seus movimentos e orientação, é insuficiente para aquisição de

> conhecimento por meios visuais, necessitando utilizar o sistema Braille em seu processo ensino-aprendizagem" (BARRAGA, 1985, p.18).

Segundo Almeida (1995), o conhecimento das classificações enumeradas é imprescindível, uma vez que determinará a potencialidade de cada deficiente visual e as possibilidades de progresso nas atividades motoras programadas, desde que se empreguem estratégias adequadas, diferenciadas, conforme o nível de deficiência em que o indivíduo se enquadra.

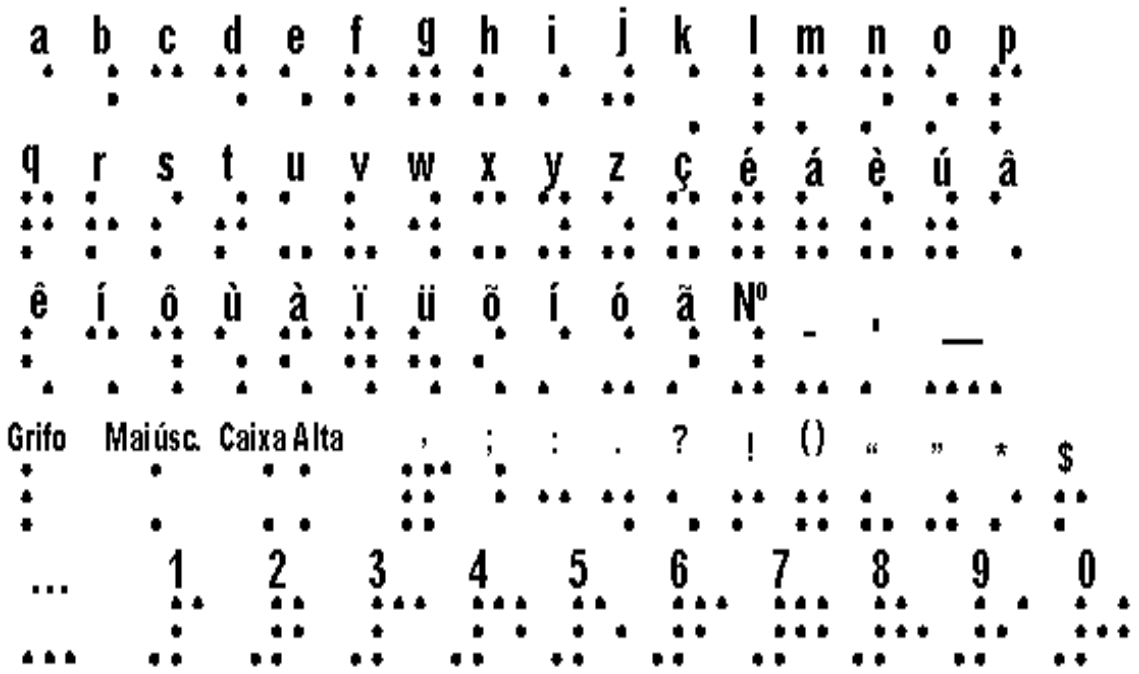
Hoje em dia, a pessoa com baixa visão pode contar com o auxílio óptico, como diferentes tipos de óculos, lentes de contato, lupas e telescópio, bem como usufruir *auxílios não-ópticos,* como caderno com pautas mais grossas, tiposcópio, ampliação de livros, baralhos, *dial* telefônicos, entre outros. Há também o sistema de circuito fechado de televisão (CCTV), trata-se de um recurso útil para quem necessita de um aumento maior do que os óculos podem proporcionar, pois a leitura de páginas impressas é ampliada por um monitor que apresenta diferentes possibilidades de ajuste no contraste entre as letras e o fundo da tela. O desenvolvimento dos equipamentos de informática também vem ajudando as pessoas que possuem baixa visão, já que vários programas possuem recursos capazes de facilitar a visualização, a leitura e a impressão de textos com tipos ampliados (MUNSTER; ALMEIDA, 2005).

Os mesmos autores comentam que a pessoa cega terá o seu processo de ensino-aprendizagem baseado no sistema Braille, utilizando-se de recursos para leitura e escrita como o reglete, a máquina de datilografia e impressora Braille para computadores. O método desenvolvido por Louis Braille permite a leitura e a escrita tátil a partir da combinação de unidades denominadas *células Braille*.

Entendendo-se por células Braille a combinação de seis pontos em relevo, dispostos três a três em alinhamento vertical adjacente, em uma superfície aproximada de 3 x 5 mm, que podem ser simultaneamente percebidos pela polpa sensível dos dedos. Cada ponto de uma célula Braille é identificada por uma referência numérica, cuja combinação permite obter 63 sinais gráficos diferentes, aos quais foram atribuídas significações fonéticas, matemáticas e musicais, podendo proporcionar às pessoas cegas o acesso e o direito à leitura e escrita de diferentes idiomas, da ciência e da música.

Com o propósito de explicitar melhor este sistema, apresento a seguir o alfabeto Braille.

Figura 1: Alfabeto Braille



2.´2 – Compreendendo o órgão da visão:

Para que seja possível ter uma melhor compreensão das principais causas da deficiência visual em decorrência do envelhecimento, exponho uma revisão de literatura sobre o órgão da visão, abordando as estruturas anatômicas e fisiológicas do órgão, em associação aos diferentes tipos de etiologia.

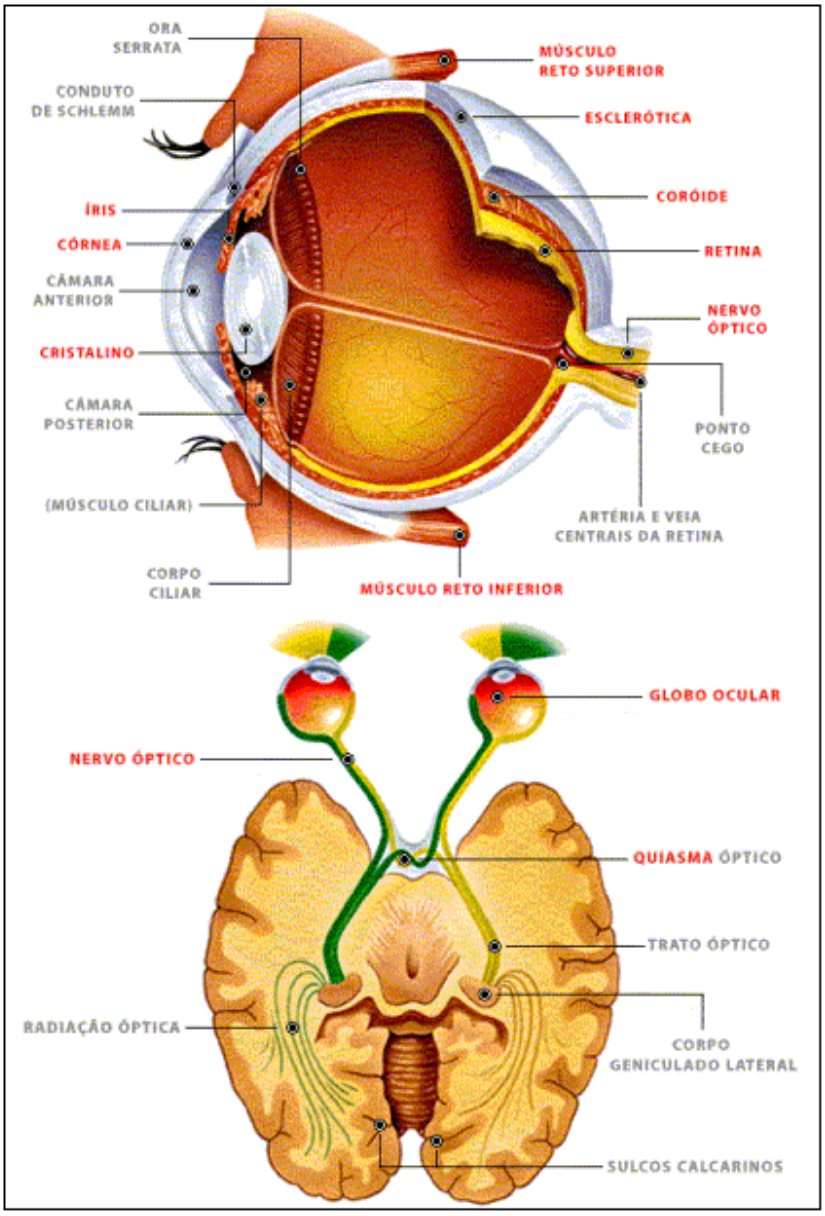
A visão é conseqüência do estímulo de ondas luminosas refletidas de longa e curta distância. O globo ocular é a unidade receptora do sistema visual, sendo este responsável por receber os raios luminosos e desenvolver impulsos nervosos que, uma vez conduzido ao córtex visual, são interpretados como imagens.

O órgão da visão é constituído pelo globo ocular e pelas estruturas anexas, ambos situados na cavidade da órbita, que é constituída por sete ossos do

crânio e preenchida por tecido adiposo. Sua função é amortecer os impactos e favorecer os movimentos oculares.

Conforme Douglas (2000), o globo ocular de uma pessoa adulta possui diâmetro ântero- posterior de aproximadamente 2,5 cm, sendo composto por três camadas: a externa, a média e a interna.

Figura 2: Globo ocular – corte sagital



A camada externa ou fibrosa, que é composta pela córnea e esclera, tem como função a sustentação e a proteção das estruturas oculares.

A córnea constitui o primeiro elemento óptico do olho e a sua curvatura convexa é responsável por direcionar o feixe de luz para a retina. É possível realizar transplante de córnea, cuja probabilidade de rejeição é muito pequena, devido ao fato desta estrutura não ser irrigada, sendo sua oxigenação realizada pelos vasos da conjuntiva e humor aquoso.

A esclera é uma estrutura densa e fibrosa, composta por um espesso globo de colágeno que confere o formato arredondado ao olho e onde ocorre a inserção dos músculos extrínsecos do olho, sendo esses responsáveis pela movimentação do mesmo.

A camada média ou vascular, composta pela íris, corpo ciliar e coróide, tem como função nutrir as duas camadas entre as quais está situada, além de reduzir as reflexões internas graças a sua pigmentação.

A íris é uma membrana circular com orifício central denominado pupila. A contração e o relaxamento dessa membrana funciona como um diafragma, no entanto este atua como um mecanismo de controle da quantidade de luz que penetra no globo ocular. A coloração da íris é determinada pela quantidade de células pigmentadas.

O corpo ciliar contém vasos sanguíneos, que realizam a drenagem do humor aquoso. Este é um filtrado sangüíneo que preenche as câmaras anterior e posterior do olho, delimitadas anteriormente e posteriormente pelo cristalino. O humor aquoso tem como função nutrir a córnea e o cristalino e a manutenção/estabilização da pressão intra-ocular. Variações na concentração desse filtrado sangüíneo podem levar à hipotonia ou hipertensão ocular.

A coróide é uma túnica altamente vascularizada, sendo esta responsável pela irrigação da esclera e da retina. Por sua coloração, é também conhecida como úvea, sendo que o fluxo sanguíneo na coróide varia conforme a pressão interna do olho.

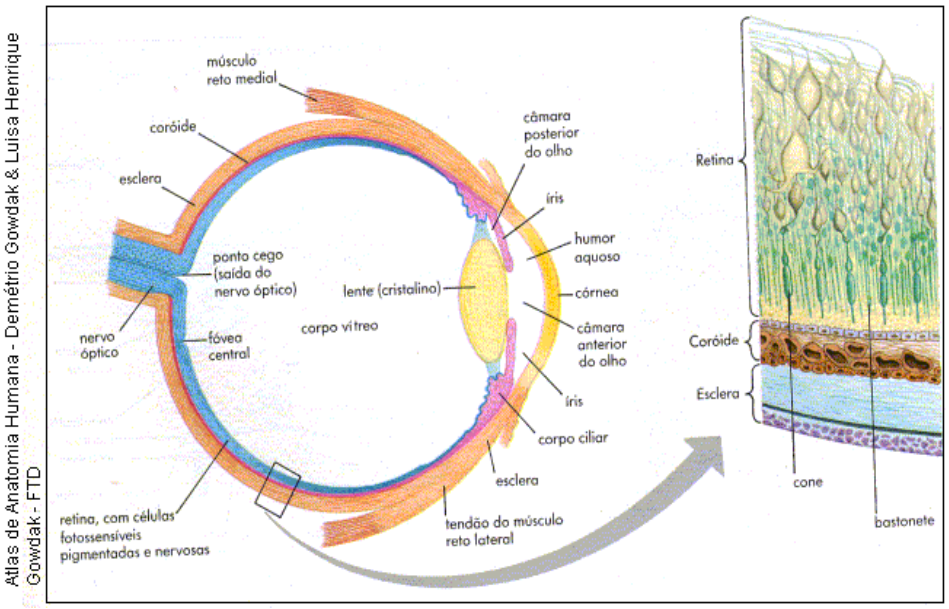
Camada interna ou nervosa do globo ocular é constituída pela retina. Esta é constituída por camadas do exterior para o interior: (1) camada pigmentar, (2) camada

dos bastonetes e cones projetando-se para dentro da pigmentar, (3) membrana limitante externa, (4) camada nuclear externa contendo os corpos celulares dos bastonetes e cones, (5) camada plexiforme externa, (6) camada nuclear interna, (7) camada plexiforme interna, (8) camada ganglionar, (9) camada das fibras do nervo óptico e (10) membrana limitante interna.

Durante o trajeto até a retina, a luz atravessa vários meios de refração do olho. Sua entrada ocorre pela córnea, onde os raios luminosos sofrem refração para a lente do cristalino. O cristalino é uma lente transparente e elástica em formato biconvexo, envolta por uma cápsula e suspensa ao corpo ciliar pela zônula, situada no trajeto do feixe luminoso. Esta estrutura é responsável pela focalização de objetos situados em diferentes distâncias mediante mecanismo de acomodação (DOUGLAS, 2000).

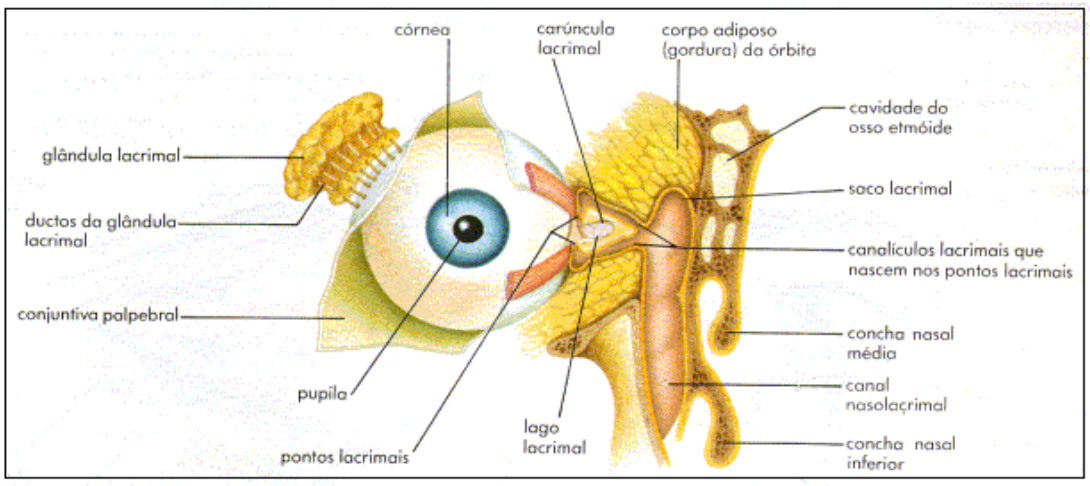
O mesmo autor comenta que depois que a luz atravessa o sistema do cristalino do olho, o feixe luminoso chega ao humor vítreo, sendo este preenchedor de grande parte da cavidade do bulbo ocular. Apresenta um aspecto gelatinoso, coloidal, transparente à luz e permanente. Ajuda a preservar a forma globular do olho e mantém íntimo contato com a retina. Após passar pelo humor vítreo, o feixe luminoso entra em contato com a retina pelo interior; isto é, ele passa primeiro pelas células ganglionares e depois pela camada plexiforme, camada nuclear e membranas limitantes antes de atingir finalmente a camada dos bastonetes e cones, localizados na parte exterior da retina.

Figura 3: Globo ocular – retina



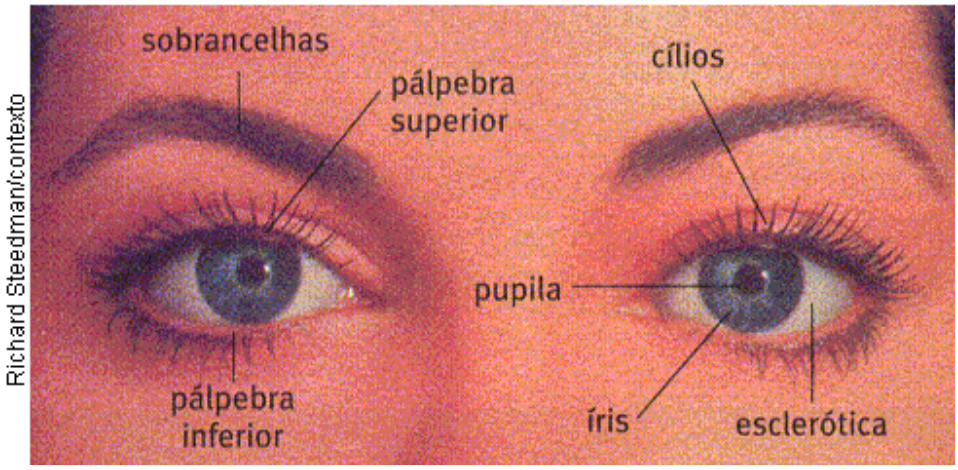
Há também os anexos do globo ocular, sendo estes responsáveis pela movimentação e proteção deste órgão. As *pálpebras* são abas cutâneas cujo formato arqueado se deve a uma estrutura cartilagínea interna denominada *tarso*, no tarso há uma série de glândulas tarsais, que colaboram para que a conjuntiva esteja sempre lubrificada. Os *cílios* também atuam como elemento de proteção dos olhos, retendo poeira e pequenas partículas em suspensão.

Figura 4: Anexos do globo ocular



Atlas de Anatomia Humana - Demétrio Gowdak & Luisa Henrique Gowdak - FTD

Figura 5: Anexos do globo ocular



A *conjuntiva* trata-se de uma membrana que reveste a córnea e a parte interna da pálpebra. É uma estrutura altamente vascularizada que protege a córnea e necessita ser constantemente lubrificada pela lágrima, durante a movimentação de abertura e cerramento das pálpebras.

O *aparelho lacrimal* é constituído pelas glândulas lacrimais, situada na região temporal superior da órbita, e por um sistema de drenagem, composto pelo duto nasolacrimal, saco lacrimal, canalículos e pontos lacrimais, localizados na região anterior, medial e inferior da órbita. A lágrima é uma secreção que apresenta um mecanismo protetor do globo ocular, pois mantém a córnea permanentemente úmida e limpa, pelo fluxo de lágrimas produzidas pelas glândulas lacrimais, sendo esta secreção aquosa rica em lisozina, substancia protéica com ação bactericida que mantém praticamente asséptica a conjuntiva ocular (DOUGLAS, 2000).

Os *músculos extrínsecos* do globo ocular são responsáveis pelas movimentações dos olhos. Entre os músculos extra-oculares encontramos (reto superior, reto inferior, reto medial e reto lateral) e dois oblíquos (superior e inferior). A motilidade extrínseca dos olhos é responsável da ação coordenada desses seis músculos.

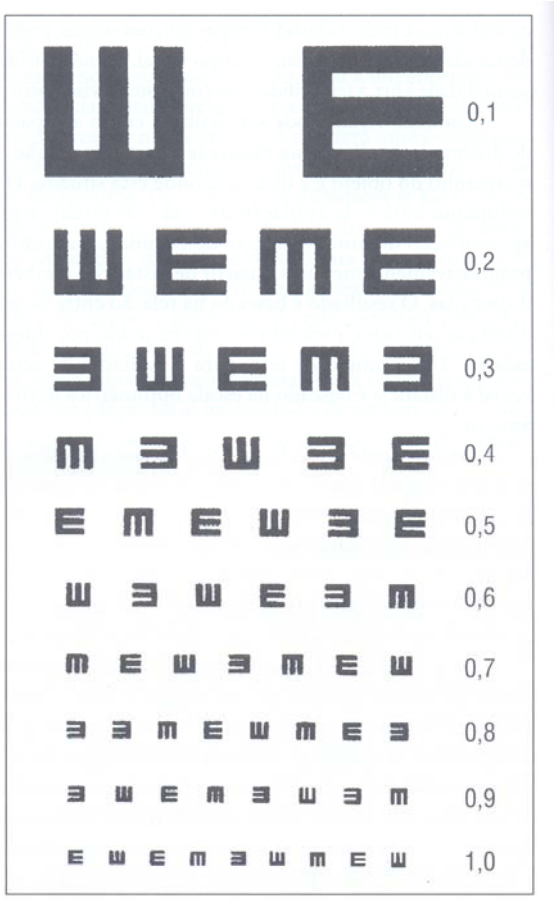
Após um breve entendimento do órgão da visão, faz-se necessário descrever sobre as funções visuais, pois diante do processo de envelhecimento,

acredito ser necessário falar da mesma devido ao fato das funções visuais perderem potencialidade, à medida que a pessoa vai ficando mais idosa. Neste caso, as avaliações realizadas no órgão da visão são feitas por vários profissionais da saúde, como o oftalmologista, no que se refere às alterações estruturais e anatômicas; o ortoptista relacionado às funções visuais; já para o professor de Educação Física, quando está diretamente ligado a um aluno com deficiência visual nas suas aulas, tem como meta entender o que são e como são avaliadas as funções visuais, para que possa compreender o funcionamento visual de seus alunos, visando entender suas necessidades da melhor forma possível.

Algumas das funções visuais descritas posteriormente são também referências para diferentes tipos de classificação da deficiência visual. Dentre estas destacamos a acuidade visual e o campo visual, por serem medidas quantitativas e padronizadas, que podem interferir no desempenho de uma pessoa nas suas atividades diárias.

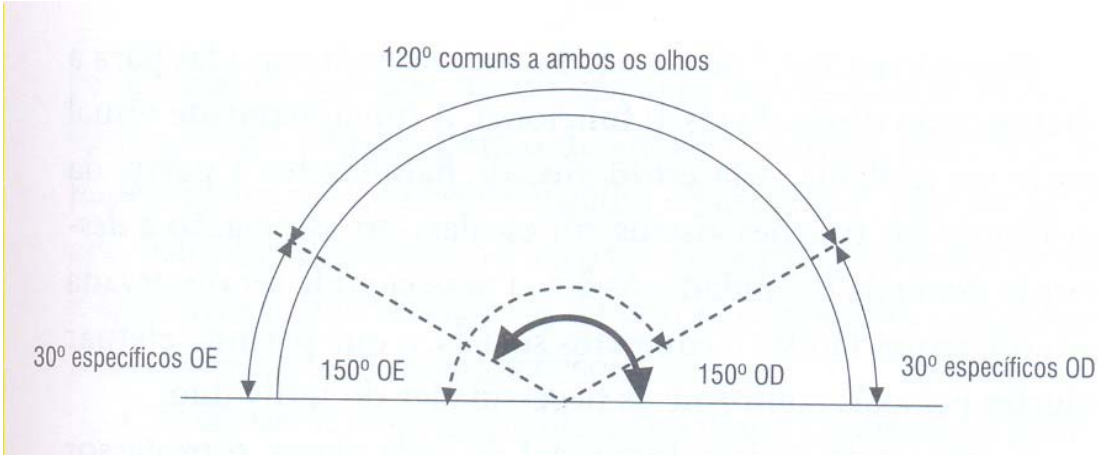
Acuidade Visual: é definida como a capacidade de distinguir detalhes, determinada a partir da relação entre o tamanho do objeto e a distância onde ele está situado. O procedimento básico de avaliação da acuidade visual envolve a apresentação de estímulos padronizados progressivamente menores, a partir da distância também padronizada. O resultado é baseado na relação entre os valores distância/tamanho, podendo estar representada por diferentes escalas (BATISTA; RASSI, 2001). Um exemplo de teste para avaliação de acuidade visual à distância é baseado na escala optométrica decimal de Snellen.

Figura 6 – Escala Optométrica decimal de Snellen



Campo Visual: é avaliado a partir da fixação do olhar, quando é determinada a área circundante visível ao mesmo tempo, conforme esquematizado na figura 3. O campo visual monocular, delimitado por sua localização na cavidade da órbita, se estende a aproximadamente 100 graus lateral, 60 graus medialmente, 60 graus superior e 75 graus inferior (Kara José, [19--?]). Alterações campimétricas podem levar a hemianopsias (perda da metade do campo visual) e escotomas, desencadeando perda visual central ou periférica.

Figura 7 – Amplitude do campo visual



Binocularidade: é a capacidade de fusão da imagem proveniente de ambos os olhos em convergência ideal, proporcionando a noção de profundidade, ou seja, a percepção da relação entre os diferentes objetos e sua disposição no espaço.

Sensibilidade à luz: corresponde à capacidade de adaptação frente aos diferentes níveis de luminosidade de adaptação. Por exemplo, posso citar uma pessoa idosa albina, que apresentará uma sensibilidade a luz com maior facilidade, devido a claridade.

Sensibilidade ao contraste: consiste na habilidade de discernir diferenças pequenas na luminosidade de superfícies adjacentes.

Visão para cores: baseia-se na capacidade de distinguir tons e nuances das cores.

2.3 – Causas da deficiência visual e suas relações com o envelhecimento

O processo de envelhecimento dos olhos pouco se difere do resto do organismo.

Conforme Pacini Neto (1996), a primeira manifestação consciente da deficiência visual decorrente do envelhecimento é a presbiopia, sendo que muitas outras podem acontecer como citado abaixo:

A-) Presbiopia: À medida que a pessoa envelhece, o cristalino aumenta e se espessa, tornando-se muito menos elástico, em parte devido à desnaturação progressiva das proteínas do cristalino. No entanto, a capacidade do cristalino mudar de forma gradativamente diminui com a idade. O poder de acomodação diminui cerca de 14 dioptrias na criança para 2 dioptrias entre os 45 e 50 anos e chegando perto de zero aos 70 anos. Desta fase por diante o cristalino é incapaz de se acomodar (GUYTON; HALL, 1997).

Uma vez que a pessoa tenha atingido o estágio de presbiopia, cada olho permanece focalizado permanentemente numa distância quase constante; sendo que essa distância depende das características físicas de cada pessoa. Os olhos acabam não conseguindo mais se acomodar para a visão de perto nem para a de longe. Portanto, para a devida correção é necessário o uso de lentes bifocais, no qual o segmento superior é focalizado para a visão à distância e o segmento inferior focalizado para a visão de perto.

B-) Catarata: Causada por condições dos olhos em que as lentes do cristalino, ou a sua cápsula, tornam-se opacas, com perda da acuidade visual; geralmente pode ser tratada através de uma operação ou outros processos médicos, se as lentes forem cirurgicamente removidas , lentes artificiais tornam-se necessárias (KIRK; GALLAGHER, 1996).

C-) Retiniose pigmentar: constitui um grupo de distrofias hereditárias dos receptores retinianos, de transmissão autossômica dominante, ou ligado ao X.

Os bastonetes são lentamentes destruídos, com atrofia secundária da retina restante e do epitélio pigmentar. Células cheias com pigmento epitelial se agregam ao longo dos vasos retilianos para dar a típica aparência de osteoblastos. Estas alterações começam na periferia média, poupando as regiões macular e periféricas até mais tarde. Os problemas retinianos são geralmente associados à surdez, retardamento mental, outros achados sistêmicos, constituindo várias síndromes distintas.

A cegueira noturna - primeiro sintoma da retinite pigmentar, geralmente aparece cedo na juventude. Depois disto o campo visual diminui gradativamente (“visão tubular” - “visão em cano de espingarda”) até tornar-se nulo na quinta ou sexta década, época em que a visão macular também pode estar perdida.

D-) Retinopatia diabética: Tanto o diabetes juvenil quanto o aparecimento na maturidade ou na velhice podem dar lugar à retinopatia diabética, uma doença dos vasos retinianos que se tornou uma das causas principais da cegueira no mundo ocidental. A incidência e gravidade da retinopatia aumenta com a duração do diabetes, e a retinopatia é mais grave se o diabetes é mal controlado nos primeiro anos após seu aparecimento.

E-) Miopia: É causada em condições em que os raios de luz se concentram na frente da retina , quando os olhos estão em repouso e olhando para um objeto a uma distância de 20 ou mais pés; uma lente côncava pode refocalizar a imagem sobre a retina (KIRK; GALLAGHER, 1996).

Conforme Rothenberg (1977), a miopia caracteriza-se no alongamento anormal do globo ocular. Na miopia vêem-se melhor os objetos próximos do que distantes, ocorrendo em cerca de 1/3 das pessoas que precisam usar óculos.

Com o decorrer da idade, a miopia pode aumentar gradativamente, podendo levar a pessoa a uma possível cegueira.

F-) Hipermetropia: De acordo com Rothenberg (1977), a hipermetropia é o encurtamento anormal do globo ocular; na hipermetropia os objetos distantes são vistos melhor do que os mais próximos. Em alguns casos, a visão do objeto distante também é embaraçada.

O mesmo autor comenta que cerca de 1/3 das pessoas que usam óculos são hipermétropes, sendo que esta patologia vai piorando à medida que a pessoa vai ficando mais velha, pelo fato de os músculos dos olhos enfraquecerem e a pessoa apresenta dificuldade em compensar o defeito pela acomodação do cristalino.

G-) Traumatismos oculares: são causas comuns que podem levar à deficiência visual, desencadeados por agentes mecânicos (perfurações ou lacerações) ou não mecânicos (queimadura por agentes químico, térmicos, elétricos, radioativos, etc.). A gravidade do trauma e possíveis seqüelas variam conforme a extensão da lesão, podendo ocorrer em crianças, jovens, adultos e idosos.

H-) Maculosa senil: É muito comum na pessoa que está com idade avançada e trata-se de uma esclerose dos vasos ciliares centrais, que desarranjam a estrutura macular, responsável pela visão que tem maior poder separador dos olhos. A visão periférica é preservada (PACINI NETO, 1996).

I-) Glaucoma: processo patológico no qual a pressão intra- ocular se eleva acima do normal. Sua causa mais provável pode ser resultado de traumatismo ou deslocamento do cristalino, ou de ambos, simultaneamente. Quando não tratado, pode diminuir significativamente a visão, podendo levar à cegueira. Os seus sintomas na forma aguda são: dor intensa, avermelhamento do olho e embaçamento da visão. Na forma crônica, os sintomas podem se manifestar apenas quando a doença estiver muito adiantada, tornando muito difícil ou até impossível o seu tratamento (VAUGHAN; ASBURY,1983).

É uma patologia que deve ser tratada na terceira idade. Geralmente não traz sintomas ao paciente e com o passar do tempo ocasiona grandes lesões no nervo óptico, com amputação do campo visual (PACINI NETO, 1996).

Felizmente, com o melhor conhecimento da fisiopatogenia das doenças na velhice e do instrumental sofisticado para o tratamento de suas complicações, temos observado uma significativa melhora no prognóstico dessas doenças, e sua prevenção é sempre mais eficaz e segura.

Posso finalizar este momento relatando que após estes levantamentos bibliográficos sobre o envelhecimento, a deficiência visual e suas relações com o envelhecimento, terei como próximo passo a pesquisa de campo, pois já tenho conhecimento necessário para dialogar com o grupo que será objeto da pesquisa. Portanto, no próximo capítulo estarei falando sobre os materiais e métodos da pesquisa, em seguida irei para a pesquisa de campo e por fim realizarei as considerações finais do trabalho.

CAPÍTULO III

MATERIAIS E MÉTODOS

Neste capítulo, o foco é apresentar a segunda etapa da pesquisa, ou seja, ir a campo buscar os discursos dos idosos cegos sobre o entendimento de como se sentem no processo de envelhecimento, com vistas a buscar pontos de convergência e ou divergência entre a base teórica sobre o envelhecimento e a deficiência visual.

Para tanto, o estudo está estruturado da seguinte forma:

1. TIPO DE PESQUISA

Para entender o discurso do idoso cego sobre o envelhecimento, utilizei a pesquisa qualitativa[1], o que permite a partir de investigações teóricas, associar a produção científica com o discurso que o próprio idoso cego faz de si e do envelhecimento.

Dentre as diversas formas de pesquisa qualitativa optei pela Análise de Conteúdo: Técnica de Elaboração e Análise de Unidades de Significado, desenvolvida por Moreira, Simões e Porto (2005).

Esta metodologia prevê o relato ingênuo do sujeito pesquisado, em que o pesquisador procura entender o discurso formulado por ele. A partir disto há a identificação de atitudes, fase em que o pesquisador recorta do discurso os valores que estão presentes quando se pronuncia um discurso, procurando gerar indicadores e posteriormente categorias, que possam servir de referencial para a interpretação do fenômeno pesquisado, tanto no sentido individual quanto no sentido de possíveis convergências e divergências entre os discursos dos sujeitos participantes da pesquisa, sem com isto querer caracterizar um princípio de generalização.

---

[1] Método de pesquisa que envolve observação longa e intensiva em um ambiente natural; registro preciso e detalhado do que acontece no ambiente; interpretação e análise de dados utilizando descrição, narrativas, citações, gráficos e tabelas. Pode também ser chamada *etnográfica, interpretativa, fenomenológica, subjetiva e observação participativa* (THOMAS e NELSON, 2002)

2. LOCAL DA PESQUISA

Para atender a esta proposta inicialmente foi necessário um levantamento, por meio de internet e contatos com amigos que trabalham em instituições para pessoas com deficiência visual e que possuam pessoas com idade a partir dos 60 anos, visando definir os locais da pesquisa.

Encontrei 30 instituições localizadas no estado de São Paulo, sendo que destas selecionei 06. A seleção ocorreu por facilidade de acesso e população específica para o desenvolvimento da pesquisa, sendo que a cidade referência foi Jundiaí, em função do pesquisador residir e desenvolver a maioria de suas atividades profissionais neste município e ao redor deste haver um número significativo de cidades com instituições que atendem pessoas com deficiência visual.

Após o mapeamento das cidades e posteriormente das instituições, as instituições das cidades de Jundiaí, Paulínia e Campinas foram selecionadas.

Assim, o total de instituições que compõe a investigação são 6, sendo 3 em Jundiaí, 1 em Paulínia e 2 em Campinas.

Após a definição das mesmas, novamente entrei em contato via telefone e internet com as instituições selecionadas solicitando uma visita para apresentação do pesquisador e posterior autorização da pesquisa.

De posse da autorização para a realização da pesquisa, fui em loco verificar as principais características de cada instituição, as quais apresento a seguir.

Instituição 01: fundada em 1995 por 4 profissionais de Educação Física, mantida pela Prefeitura de Jundiaí e empresas particulares, sem fins lucrativos; desenvolve somente atividades motoras e esportivas para pessoas com deficiência. Dentre as atividades destacamos o atletismo, a natação, o goalball[2] e o ciclismo, sendo estas realizadas apenas por pessoas com deficiência visual. Atualmente possui 09 profissionais de Educação Física e atende 34 pessoas com deficiência visual, cinco

[2] Esporte criado em 1946 para reabilitar pessoas que adquiriram a deficiência visual no período de guerra (IBSA,2000).

vezes por semana, nos períodos matutino e vespertino, divididos nas seguintes faixas etárias, como mostra Quadro 1.

Quadro 4. Número de pessoas com deficiência visual da instituição 1

Instituição 1 – Jundiaí	
0 à 06 anos	04
07 à 14 anos	02
15 à 20 anos	02
21 à 40 anos	17
41 à 59 anos	06
Acima de 60 anos	03
Total	**34**

Instituição 2: Instituição sem fins lucrativos, fundada em 1975, mantida por verba mensal da Prefeitura de Jundiaí, empresas particulares e colaborações espontâneas dos assistidos. Funciona diariamente, de segunda a sexta-feira, nos períodos matutino e vespertino e desenvolve atividades pedagógicas, culturais e terapêuticas para pessoas com deficiência visual, sendo estas divididas em aprendizagem do sistema Braille, música, fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia, no entanto, não apresenta nenhuma atividade direcionada à Educação Física.

Atualmente atende 83 pessoas com deficiência visual divididos nas seguintes faixas etárias, como apresenta Quadro 2.

Quadro 5. Número de pessoas com deficiência visual da instituição 2

Instituição 2 – Jundiaí	
0 à 06 anos	22
07 à 14 anos	21
15 à 20 anos	12
21 à 40 anos	16
41 à 59 anos	08
Acima de 60 anos	04
Total	**83**

Instituição 3: fundada em 1993, por pessoas com deficiência, é mantida por uma verba anual da Prefeitura de Jundiaí e colaborações espontâneas dos assistidos; sem fins lucrativos, funciona cinco vezes por semana onde desenvolve atividades pedagógicas como computação e terapêuticas como a psicologia, sendo que estes profissionais são voluntários da instituição; não desenvolve nenhuma atividade direcionada à Educação Física.

Atualmente tem 29 pessoas com deficiência visual, compondo o Quadro 3 com as seguintes faixas etárias.

Quadro 6. Número de pessoas com deficiência visual da instituição 3

Instituição 3 – Jundiaí	
0 à 06 anos	------x-----
07 à 14 anos	01
15 à 20 anos	03
21 à 40 anos	16
41 à 59 anos	06
Acima de 60 anos	03
Total	**29**

Instituição 4: Localizada na cidade de Paulínia, foi fundada em 1997, por pessoas com deficiência, é subsidiada pela Prefeitura local; sem fins lucrativos; funciona 5 vezes por semana no qual desenvolve atividades pedagógicas como a informática, terapêuticas como a terapia ocupacional, psicológica e esportivas como a natação, o atletismo e o goalball.

Atualmente atende 61 pessoas com deficiência visual divididos nas seguintes faixas etárias, como visto no Quadro 4.

Quadro 7. Número de pessoas com deficiência visual da instituição 4

Instituição 4- Paulínia	
0 à 06 anos	------x-----
07 à 14 anos	03
15 à 20 anos	07
21 à 40 anos	35
41 à 59 anos	10
Acima de 60 anos	06
Total	**61**

Instituição 5: Fundada em 1954, por pessoas com deficiência visual, na cidade de Campinas, é mantida pela Prefeitura local; Desenvolve atividades pedagógicas como a computação e o aprendizado do sistema Braille e terapêuticas como terapia ocupacional e psicologia, todas destinadas à pessoas com deficiência visual. Não apresenta nenhuma atividade direcionada a Educação Física.

Atualmente atende 31 pessoas com deficiência visual divididos nas seguintes faixas etárias, de acordo com Quadro 5.

Quadro 8. Número de pessoas com deficiência visual da instituição 5

Instituição 5 – Campinas	
0 à 06 anos	------x-----
07 à 14 anos	02
15 à 20 anos	01
21 à 40 anos	13
41 à 59 anos	12
Acima de 60 anos	03
Total	**31**

Instituição 6: Localizada na cidade de Campinas, fundada em 1991, mantida pela Universidade pública local, sem fins lucrativos; trata-se de uma instituição que funciona como atividade de extensão para os alunos que se encontram realizando cursos de graduação; desenvolve atividades pedagógicas como auxílio à alfabetização, terapêuticas como a terapia ocupacional, psicologia e esportivas como vivências motoras e modalidades esportivas para pessoas com deficiência.

Atualmente atende 11 pessoas com deficiência visual divididos nas seguintes faixas etárias, de acordo com Quadro 6.

Quadro 9. Número de pessoas com deficiência visual da instituição 6

Instituição 6 – Campinas	
0 à 06 anos	------x-----
07 à 14 anos	------x-----
15 à 20 anos	------x-----
21 à 40 anos	05
41 à 59 anos	03
Acima de 60 anos	03
Total	**11**

3. AMOSTRA

Como exposto, após o levantamento das instituições e dos sujeitos pertencentes a elas, obtivemos um total de 249 pessoas com deficiência visual em diferentes faixas etárias. A partir disto, como o propósito é analisar o discurso de idosos cegos, estabeleci os seguintes critérios de inclusão.

3.1- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

1. Possuir cegueira congênita ou adquirida;
2. Apresentar idade igual ou superior a 60 anos;
3. Ter total liberdade para o aceite em participar ou não da pesquisa; a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em apêndice).

Assim, o critério número 1 foi atendido por todas as pessoas, permanecendo os 249; para o critério 2 a amostra foi reduzida para 22 e finalmente para o critério 3 foi atendido por 20 participantes, que é o número real da investigação.

4. INSTRUMENTO DE PESQUISA

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário visando analisar o perfil dos sujeitos da investigação, como mostra o quadro 7.

Quadro 10: Perguntas relacionadas ao perfil dos entrevistados.

4.1- Perfil		
A-) Sexo	( )masculino	( )feminino
B-) Idade	_____ anos	
C-) Cegueira	( )congênita	( )adquirida
D-) Há quanto tempo?	Há _____ anos.	
E-) Atividade Profissional	_____.	
F-) Formação	( )Analfabeto	
	( )Ensino fundamental incompleto	( )Ensino fundamental completo
	( ) Ensino médio incompleto	( ) Ensino médio completo
	()Ensino superior incompleto	( )Ensino superior completo

G-) Você pratica algum tipo de exercício físico?	( ) Sim	( ) Não
Qual tipo?	_____ .	
Quantas vezes por semana?	_____ vezes por semana.	

Como também foi realizada uma entrevista com duas questões abertas, a saber:

1. **O que você entende por envelhecimento?**
2. **Como você se sente no processo de envelhecimento?**

O voluntário participante da pesquisa teve total direito à espontaneidade nas respostas relacionadas às perguntas geradoras, sendo que antes da entrevista o mesmo recebeu explicações sobre o estudo.

A entrevista pode ser entendida como um encontro entre duas pessoas, afim de que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto, mediante uma conversa de natureza profissional (LAKATOS e MARCONI, 1991).

Portanto, neste trabalho optei pela entrevista padronizada ou estruturada[3], sendo esta previamente marcada, em que preenchi o quadro do perfil e posteriormente fiz a gravação das questões geradoras.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS PARA COLETA DE DADOS

Após as instituições aceitarem participar da pesquisa, entrei em contato com o grupo desejado e participei de seções de terapias em grupo, como por exemplo: terapia ocupacional: me apresentei, mostrei o porque do meu interesse na instituição e no grupo com o qual estava.

Realizei a seleção dos entrevistados por meio dos critérios de inclusão e defini data e hora com os entrevistados para realizar a entrevista.

[3] É aquela em que o entrevistado segue um roteiro previamente estabelecido; as perguntas feitas ao indivíduo são predeterminadas. Ela se realiza de acordo com um formulário elaborado e é efetuada de preferência com pessoas selecionadas de acordo com um plano (LAKATOS e MARCONI, 1991).

No dia da entrevista, fiz a leitura e solicitei a assinatura do “Termo de Consentimento” e por fim, realizei o preenchimento do perfil dos entrevistados e a gravação das perguntas geradoras para posterior transcrição.

6. RISCOS E BENEFÍCIOS

Esta pesquisa não trouxe nenhum risco para a população pesquisada, pois, trata-se de uma pesquisa com caráter descritivo e a identificação dos sujeitos foi mantida em sigilo.

7. GASTOS OU RESSARCIMENTOS

As despesas necessárias para o desenvolvimento do trabalho foram assumidas por mim e também não houve pro labore para os indivíduos pesquisados.

Este projeto foi apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Hermínio Ometto (Uniararas) para análise, sendo aprovado e autorizado para a sua execução (em anexo).

CAPÍTULO IV

OS IDOSOS CEGOS: a leitura dos entrevistados

Neste capítulo, inicialmente, apresento o perfil dos entrevistados identificados por meio da entrevista aplicada. Em seguida são transcritos os discursos na íntegra (mantendo o nível informal da linguagem) dos participantes da pesquisa e são apontados os indicadores, as categorias de cada pergunta e a análise das mesmas à luz do referencial teórico construído.

4.1 – Perfil dos entrevistados

Conforme dados anteriores, participaram da pesquisa 249 pessoas com deficiência visual, sendo que após os critérios de inclusão o total foi reduzido para 20 sujeitos.

Todos os idosos cegos são freqüentadores de instituições localizadas nas cidades de Jundiaí, Campinas e Paulínia, sendo que apresentam o seguinte perfil:

Quanto ao **sexo,** 06 eram do feminino o que representa 30% e 14 do masculino, representando 70% dos entrevistados, como mostra Quadro 8.

Quadro 8: Sexo dos idosos cegos

Gênero	M	F	Total
Sujeitos	14	06	20
%	70%	30%	100%

Em relação à **idade** dos sujeitos, constatou-se que varia de 60 a 74 anos, tendo a média de idade de 67 anos. Isto significa que 70% dos entrevistados estão com idade entre 60 a 64 anos; 20% encontram-se entre 65 a 69 anos e 10% estão na fase de ancião, que varia de 70 a 75 anos.

A Política Nacional do Idoso considera idosa a pessoa com idade igual ou acima de 60 anos, referência esta utilizada no presente estudo. Com o intuito de

organizar os dados referentes às idades dos idosos da pesquisa, utilizo a classificação etária conforme observo no Quadro 9.

Quadro 9: Classificação etária dos idosos cegos

Classificação	Total dos entrevistados	Porcentagem
Idoso: 60 a 64 anos	14	70%
Idoso: 65 a 69 anos	04	20%
Ancião: 70 a 75 anos	02	10%
TOTAL	**20**	**100%**

Verifico que a grande predominância da nossa pesquisa está em pessoas idosas com idade variando entre 60 a 64 anos, sendo estes idosos cegos que estão entrando na fase da velhice.

Relacionado à **deficiência visual**, constatou-se que 85% das pessoas possuem deficiência visual adquirida e 15% congênita. Das pessoas com deficiência visual adquirida, 65% representam homens, sendo que os mesmos adquiriram a deficiência entre 01 até 50 anos atrás e 20% representam as mulheres, adquirindo há 10 até 25 anos; relacionado às pessoas com deficiência visual congênitas, 5% representam os homens e 10% as mulheres, como visto no Quadro 10.

Quadro 10. Pessoas com deficiência visual adquirida ou congênita.

	Adquirida	Congênita	TOTAL	%
Homens	13	01	14	70%
Mulheres	04	02	06	30%
Total	17	03	20	100%
%	85%	15%	100%	

Quanto à **atividade profissional** das pessoas cegas idosas, observo que do grupo pesquisado 90% são aposentados e 10% não possuem aposentadoria e nenhuma outra forma de renda, sendo sustentados pelos familiares como mostra o quadro 11. No entanto, existe uma lei que possibilita a pessoa com deficiência usufruir da aposentadoria de familiares próximos falecidos.

Quadro 11 – Atividade profissional dos idosos cegos

	Aposentados	Não-aposentados	TOTAL	%
Homens	13	1	14	70%
Mulheres	5	1	06	30%
Total	18	02	20	100%
%	90%	10%	100%	

Deste grupo 65% dos homens são aposentados e 5% apresentam-se com profissão de marceneiro. Das mulheres, 25% são aposentadas e 5% apresentam-se como do lar.

Quanto a **formação escolar** do grupo pesquisado, demonstrado no Quadro 12, associado aos homens, 20% possuem ensino fundamental incompleto, 25% possuem ensino fundamental completo, 15% possuem ensino médio incompleto, 5% possuem ensino médio completo e 5% possuem ensino superior incompleto. Associado às mulheres constatou-se que 10% possuem ensino fundamental incompleto, 10% ensino fundamental completo, 5% ensino médio incompleto, 5% ensino médio completo e 0% ensino superior.

Quadro 12: Formação escolar dos idosos cegos

Formação	Ensino Fundamental incompleto (1ª - 4ª Série)	Ensino Fundamental completo (1ª - 8ª Série)	Ensino Médio incompleto	Ensino Médio Completo	Curso Superior incompleto	TOTAL	%
Homens	04	05	03	01	01	14	70%
Mulheres	02	02	01	01	----x---	06	30%
Total	06	07	04	02	01	20	100%
%	30%	35%	20%	10%	5%	100%	

Destaque a fazer em relação à classificação do nível de formação no tocante à referência 1º Grau completo (1ª à 8ª série) e ou incompleto (1ª à 4ª série): os 20 idosos cegos que responderam ao questionário são remanescentes do antigo regime escolar em que o curso primário correspondia há quatro anos, ou seja,

primeira até a quarta série do 1º Grau. Após o término de cada etapa, os concluintes recebiam um diploma, numa solenidade especial.

Relacionado à **prática de exercícios físicos**, observo que o grupo apresenta-se dividido, sendo que 50% das pessoas entrevistadas realizam exercícios periodicamente como: atletismo, atividades motoras, ciclismo, goalball, natação e kung-fu, variando entre 1 até 5 vezes por semana e 50% não realizam nenhuma espécie de exercício físico como mostra o quadro 13.

Quadro 13 – Idosos cegos praticantes de exercícios físicos.

	Prática exercícios regularmente	Não prática exercícios regularmente	TOTAL	%
Homens	6	8	14	70%
Mulheres	4	2	6	30%
Total	10	10	20	100%
%	50%	50%	100%	

Conforme quadro acima, dos homens 30% realizam exercícios periódicos, e 40% não fazem nenhuma espécie de exercício; já as mulheres, 20% realizam exercícios regulares e 10% não praticam nada.

Após as análises relacionadas ao perfil dos idosos cegos participantes da pesquisa, apresento a seguir os discursos na íntegra da pergunta 1, os indicadores, as categorias e as análises.

4.2- Discursos da primeira pergunta:

Para a primeira pergunta definida como: "**O que você entende por envelhecimento?",** os participantes relatam o seguinte:

SUJEITO 01

A coisa mais lógica que se entende por envelhecimento é passar dos 50; Agora, eu acredito que a pessoa, por exemplo: minha mãe tem 92 anos, e se você pergunta para ela se ela é velha ela irá falar que não é. É uma pergunta que tem

vários ângulos de resposta, mas eu posso entender por envelhecimento, eu acho que para começar, ela envelhece ou já está velha ou não precisa estar velha por idade para estar velha, tem pessoa que é nova e é velha espiritualmente falando, pois ela não tem vontade de fazer nada, não pratica um esporte, é totalmente sem vontade de fazer qualquer atividade. No meu caso, eu comecei a ficar jovem depois que eu me tornei deficiente visual, porque eu comecei a praticar um esporte, correr, depois que eu adquiri a cegueira total, antes eu poderia me considerar uma pessoa velha, e atualmente eu não me considero uma pessoa velha, assim eu não tenho uma definição do que é envelhecer. Poderia considerar uma pessoa normal, poderia falar que está velho por não conseguir uma ereção, ter um orgasmo, entende, então ela vai achar que está velha, mas eu não acho isso, eu acho que é um estado de espírito.

SUJEITO 02

Envelhecimento é modo natural de todos os seres vivos: nasce, cresce, reproduz e morre. É o processo natural de todos os seres vivos.

SUJEITO 03

Entendo que com o passar dos anos as pessoas vão se debilitando um pouco, mas isso ocorre mais por um fator psicológico, porque eu até perder a visão eu estava me sentindo uma pessoa velha, mas eu mudei meu modo de pensar e meu estilo de vida, e to achando que estou retardando o meu envelhecimento, ta demorando mais para passar o tempo.

SUJEITO 04

Eu entendo por envelhecimento, como um processo natural do nosso corpo, da nossa metamorfose, que a gente não é mais criança, eu tenho 61 anos, eu não sou mais uma criança, automaticamente nosso corpo vai envelhecendo, mas eu falo que o corpo pode envelhecer mas a minha mente ainda não, minha mente continua como uma mente de jovem, então eu brinco, tiro sarro, gosto de uma diversão, gosto de uma boa discussão, quero estar servindo todo mundo. Por isso que eu falo que nós não somos velhos, nós somos desgastados, velho nunca.

SUJEITO 05

Envelhecimento eu acho que quando a pessoa nasce ela tem que ficar velha, porque aí casa, você já viu como que é, a gente tem que ficar velho. Se não quer ficar velho tem que morrer logo, se não quer morrer logo tem que ficar velho, então não tem jeito.

SUJEITO 06

Estou contente, de eu ter perdido a visão, eu não fico muito triste, a gente tem uma tristeza, mas eu me conformo, agradeço a deus, se eu mereço, só por deus eu posso enxergar de novo, pelos homens eu já fui desenganado, pela Unicamp, por ter catarata, glaucoma e diabetes, eu já fui desenganado. Mas eu penso em viver, se for dizer que eu quero a morte eu não quero, penso em viver e entender, estou muito contente aqui na escola, porque a gente conversa, aprende, tem as professoras que nos ensina, to contente, acho que estou vivendo mais do que quando eu era normal, quando eu tinha a visão eu não tinha nada disso, e agora que eu perdi a visão eu to estudando, braille, até inglês, eu nunca pensei que eu ia estudar inglês. Apesar que tá difícil de aceitar, porque minha cabeça não aceita algumas coisas.

SUJEITO 07

Pra mim envelhecimento está sendo uma benção de Deus, porque a gente nunca teve nada de problema, eu nunca bebi, nunca fumei, pra mim está sendo uma benção, a gente com 60 jogar com essa mulecada, e jogar como a gente joga é tudo.

SUJEITO 08

Eu acho que é experiência de vida, quanto mais idade vai tendo, mais experiência vai pegando. Eu não gostaria de ficar velho, mas infelizmente a gente tem que passar por isso, mas eu acho que cada dia que passa na sua vida é um aprendizado a mais. É experiência mesmo.

SUJEITO 09

Eu entendo como se fosse ficar parado, eu ia envelhecer mais rápido, porque eu ia ficar pensando certas coisas que ia ficar matinando a idéia com coisas que nem é preciso. Mas veja bem, porque a gente envelhece mais rápido, a gente ia ficar parado, não ia mexer a circulação, tudo isso contribui para envelhecer mais rápido.

SUJEITO 10

Pra mim é o passar dos anos, porque eu não me sinto velho, os anos que se passam e eu continuo o mesmo, e gostaria de continuar assim, com saúde e bem.

SUJEITO 11

O que eu entendo por envelhecimento? É os anos que a gente vive, né. Que vão se passando e consequentemente a gente não pode ficar sempre novinho, pois os anos vão passando. E envelhecer assim, é envelhecer como todo mundo, né, envelhecer bem, essas coisas assim.

SUJEITO 12

O eu posso entender é, que eu sei que a pessoa envelhece, não é. Todos nós cada dia que passa vamos ficado cada vez mais velhos, mas na parte física você não tem tantas atividades não consegue fazer tantas coisas, conseguir até consegue, mas tem mais dificuldades, principalmente se deixar de fazer exercícios. Agora quanto a parte mental, pra mim até agora não afetou nada, porque a minha maneira de pensar foi sempre bastante aberta, sempre tive bastante diálogo, eu não sinto essa dificuldade, até o momento não, mas pelo que eu vejo em outras pessoas começa ter o esquecimento, envolve muito outras coisa. O que eu posso dizer pra você é que ninguém gosta de ser velho, chegar na velhice, mas é o fim de todos nós. Uma vida normal com possibilidade de envelhecer, mas procuramos conviver com isso de uma maneira que a gente possa sentir feliz. Não podemos pensar na velhice, ela vem com o tempo, agente tem que viver o momento. Eu nunca cheguei a pensar na velhice, eu vivo o momento a qual eu to chegando lá, to com 63 hoje, mas sinto muita disposição, como eu disse, tenho uma mente muito boa, até hoje não me afetou nada nesse sentido, ao não ser a perca da visão, só. Isso poderia ter acontecido aconteceu há três anos e nove meses, que eu perdi a visão. Poderia ter

acontecido com 20, não foi acidente nem nada, não foi doença, nada. Não acharam diagnostico que pudesse me dar uma posição, porque eu perdi a visão, chegaram mais ou menos que deve ser hereditário, não sei, não conheço ninguém da família que seja, então eu não me sinto velho, me sinto ainda muito jovem. Acho que tenho mais um campo grande pela frente, vamos ver até quando nos chegamos lá.

SUJEITO 13

O envelhecimento acho que na pessoa, a gente não espera, não fica esperando, entendeu. Ele já vem e a gente não prevê também, mas a gente pensa que precisa ter saúde é o importante, mas a gente tem que encarar a velhice na forma natural. Mesmo a pessoa sendo deficiente visual, ou talvez a pergunta tenha que ser diferente só porque eu não enxergo, entendeu. Por exemplo, você faz a pergunta pra alguém que não enxerga e para mim. Ai um deficiente visual fala que eu não quero ficar velho, eu quero morrer agora,não é isso que eu quero para mim.

SUJEITO 14

Eu entendo que o nosso corpo, a matéria envelhece, mas o cérebro não envelhece, dependa da atividade da pessoa. Não sei como você pode colocar isso. Eu não gosto de ser chamada de velha.

SUJEITO 15

No meu modo de ver, é uma espécie de progressão, uma lei da natureza, que contra o qual não há como lutar, ela vem você queira ou não queira. O envelhecimento vem. E eu sinto isso daí, não há o que fazer e nem como fazer, não há como você retardar, não há como você antecipar também, porque tem muitos que queriam ser velho para ter mais experiência, não como você antecipar e como você retardar. E o meu envelhecimento é da natureza, não tem nada que explique que eu envelheci mais rápido por determinada causa, não é. Por problemas pessoais, por problemas de família, problemas de trabalho, de dívida. Isso nunca influiu no que eu acho do envelhecimento. Os cabelos ficaram brancos, caíram a maior parte, tudo naturalmente, é a vida a seqüência da natureza, então no meu modo de entender é isso aí o envelhecimento, não tem como eu explicar de outra maneira.

SUJEITO 16

Eu entendo por envelhecimento uma coisa que com o passar do tempo se torna velha, se torna ultrapassada com desgaste, certo! Isso eu entendo por envelhecimento. Só que eu não acredito que o ser humano possa ser considerado nessa minha opinião, eu acho que o ser humano se torna idoso, que na minha opinião é diferente de coisa velha.

SUJEITO 17

É os anos que a gente nasce, é criança e assim vai. São os anos que vão passando e o corpo físico da gente vai envelhecendo, é assim que eu vejo. É gradativo, não tem como você estar fugindo, todos nós, todo ser humano.

SUJEITO 18

Eu entendo que é uma coisa normal da vida, a gente vai vivendo, vivendo, até um dia ficar velho, se não morrer novo morre velho.

SUJEITO 19

Envelhecimento, a gente fica com mais dificuldade para andar, para fazer o serviço de casa, entre outras coisas. Tudo fica mais lento. Devido ao problema visual, eu faço tudo, mais bem lento.

SUJEITO 20

Eu acredito mesmo que o envelhecimento ele vem através do passar dos anos e um pouquinho aí a preocupação das pessoas, nas atividades diárias, preocupação da vida e a pessoa que se preocupa muito fica velho logo. Uma pessoa que é mais tranqüila demora um pouco mais. Segundo o que me disseram que a pessoa se preocupa muito, ele fica velho mais rápido, pessoa muito preocupada, agitada, com a vida corrida, a pessoa que é mais tranqüila ele se conserva mais, eu entendo por esse lado aí.

Após a transcrição dos discursos, passo ao levantamento dos indicadores retirados da primeira pergunta, os quais servem como fase de transição entre a fala dos sujeitos e a elaboração das categorias.

4.3. Indicadores da pergunta 1

O que você entende por envelhecimento?

SUJEITO 1

- passar dos 50;
- tem vários ângulos de resposta;
- não precisa ter idade para estar velha;
- começar a ficar jovem depois que eu se tornou deficiente visual;
- não tem uma definição do que é envelhecer;
- é um estado de espírito.

SUJEITO 02

- É o processo natural de todos os seres vivos.

SUJEITO 03

- É um fator psicológico;
- Mudar o estilo de vida, a partir da deficiência;

SUJEITO 04

- processo natural do corpo e da metamorfose;
- não ser mais criança;
- automaticamente nosso corpo vai envelhecendo;
- um processo de desgaste;

SUJEITO 05

- algo já definido;

SUJEITO 06

- viver mais do que quando eu era normal;
- não aceitar algumas coisas.

SUJEITO 07

- uma benção de Deus;

SUJEITO 08

- experiência de vida;
- ter que passar por isso;

SUJEITO 09

- não ficar parado, para não envelhecer mais rápido;

SUJEITO 10

- passar dos anos;

SUJEITO 11

- anos que a gente vive;

SUJEITO 12

- na parte física você não ter tantas atividades, não consegue fazer tantas coisas;
- ter mais dificuldades;
- esquecimento;
- ninguém gosta de ser velho;
- é o fim de todos nós;
- viver o momento;

SUJEITO 13

- não ficar esperando;
- encarar de forma natura;
- não ficar velho;

- não morrer;

SUJEITO 14

- que o corpo envelhece mas a mente não;

SUJEITO 15

- uma espécie de progressão;
- uma lei da natureza;
- é a vida;

SUJEITO 16

- uma coisa que com o passar do tempo se torna velha;
- ultrapassada, desgastada;

SUJEITO 17

- São os anos que vão passando;
- Envelhecimento do corpo físico;
- É gradativo;
- não tem como você estar fugindo.

SUJEITO 18

- uma coisa normal da vida;

SUJEITO 19

- ficar com mais dificuldade para andar, para fazer o serviço de casa;
- ficar mais lento, devido a deficiência;

SUJEITO 20

- vem através do passar dos anos;

A partir desses indicadores, crio categorias como mostra a tabela 14, as quais sintetizam o que é mais significativo nos dados coletados para posteriores análises. A partir deste momento tenho condições de confrontar as teorias acadêmicas com o discurso dos idosos cegos com a idéia que os mesmos possuem sobre o entendimento do envelhecer, estabelecendo pontos de divergência e convergência.

4.4. Categorias da pergunta 1

O que você entende por envelhecimento?

1-) Processo natural dos ser humano (2,4,5,8,12,13,15,17,18)

2-) Passar dos anos (1,2,4,10,11,12,17,20)

3-) Processo de desgaste (4,6,9,12,14,16,17,19).

4-) Não está relacionado a idade cronológica (1,4,12,13,14)

5-) Tem vários ângulos de resposta (1,3,4,8,13)

6-) Relacionado à deficiência (1,3,6,19)

7-) Não ficar parado (9,13)

8-) Não aceitar algumas coisas (6)

Quadro 14: categorias formadas após análises dos indicadores da pergunta 01

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	%
Processo natural do ser humano		**x**		**x**	**x**			**x**				**x**	**x**		**x**		**x**	**x**			**45%**
Passar dos anos	**x**	**x**		**x**						**x**	**x**	**x**					**x**			**X**	**40%**
Processo de desgaste				**x**		**x**			**x**			**x**		**x**		**x**	**x**		**x**		**40%**
Não está relacionado à idade cronológica	**x**			**x**								**x**	**x**	**x**							**25%**
Tem vários ângulos de resposta	**x**		**x**	**x**				**x**					**x**								**25%**
Relacionado à deficiência	**x**		**x**			**x**													**X**		**20%**
Não ficar parado									**x**				**x**								**10%**
Não aceitar algumas coisas						**x**															**5%**
%	44,4	22,2	22,2	55,5	11,1	44,4	11,1	22,2	22,2	11,1	11,1	44,4	44,4	22,2	11,1	11,1	33,3	11,1	22,2	11,1	

4.5. Análise das categorias da pergunta 1:

Conforme o relato dos entrevistados, faço agora a análise das categorias da pergunta 1 definida como "**O que você entende por envelhecimento?".**

A partir dos discursos provenientes da primeira pergunta, encontrei oito categorias, sendo estas analisadas a seguir.

4.5.1 - Processo natural do ser humano

A categoria de maior convergência foi a **Processo natural do ser humano,** sendo esta interpretada por 9 idosos cegos, o que representa 45% dos entrevistados.

Nesta categoria entende-se pelo desenvolvimento do ser humano no tempo, ou seja, nasce, cresce, reproduz e morre, ou por o idoso não ser mais criança conforme a fala do sujeito 04: "...*processo natural do nosso corpo, da nossa metamorfose, que a gente não é mais criança, eu tenho 61 anos, eu não sou mais uma criança, automaticamente nosso corpo vai envelhecendo..."*

O significado do envelhecer como processo natural do ser humano está presente na literatura, como verifico nas palavras de Beauvoir (1990, p. 124), "[...] morrer prematuramente ou envelhecer, não existe alternativa", ou de Mascaro (1997) que afirma que nascer, crescer, amadurecer, envelhecer e morrer faz parte do ciclo natural da vida.

No entanto, percebo que não é possível pensar na velhice como um evento isolado, dissociado de experiências vividas ao longo da vida. Mas, é importante destacar, que é necessário observar a verdadeira realidade multifacetada da velhice, sendo que esta apresentará momentos de encantos e desencantos e que o ser humano que se encontra neste período saiba mudar o que o agrada ou ajustar-se ao que não pode transformar.

4.5.2 - Passar dos anos

Para a categoria **Passar dos anos**, temos 8 sujeitos que se enquadram nela, o que representa 40% dos entrevistados.

O entendimento disto está relacionado a viver muito, ter experiências, ter saúde, como mostra a fala do Sujeito 11: *"... são os anos que a gente vive, né. Que vão se passando e consequentemente a gente não pode ficar sempre novinho..."*

Os estudos de Beauvoir (1990) sobre esta questão dizem que a velhice modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com sua própria história. Por outro lado, o homem nunca vive em um estado natural: na sua velhice, como em qualquer idade, um estado lhe é imposto pela sociedade a qual pertence.

Corroborando com a autora Bobbio (1997) coloca que não há dissociação entra a vida precedente e a velhice, pois esta é a continuação da adolescência, da juventude, da maturidade, que podem ser vividas de diversas maneiras. Já, Marrano (2006) comenta que o idoso desconsidera suas experiências vividas, o que nos reflete a um conhecimento racional e mecanicista.

Percebo que os idosos cegos têm a visão do envelhecer como um aspecto significativo, assumindo que independente da forma como se vive, tem-se que passar por isso.

4.5.3 – Processo de desgaste

Oito sujeitos fazem parte da categoria **processo de desgaste**, o que representa 40% dos sujeitos pesquisados. Esta categoria foi criada devido ao fato dos sujeitos associarem o envelhecimento com as lentidões motoras que o corpo físico apresenta, nas dificuldades que têm que ser superadas a cada dia, como observo na fala do sujeito 16: "*Eu entendo por envelhecimento uma coisa que com o passar do tempo se torna velha, se torna ultrapassada com desgaste, certo! Isso eu entendo por envelhecimento...*"

Esta categoria está relacionada à forma como o corpo idoso se encontra, ou seja, motoramente mais lento, fazendo com que os idosos cegos se tornem menos produtivos, o que não atende ao padrão social capitalista atual.

Simões (1995) relata que o corpo que envelheceu é considerado um corpo desvalorizado, repulsivo, pois não apresenta mais atratividade, produtividade, levando este corpo a perder a sua auto-estima.

Este corpo não tem mais serventia, não se inclui mais nos padrões de beleza e eficácia, tem seus anseios anulados, fragilizando-se cada vez mais ao envelhecer, porque para "os fracos" não há lugar na sociedade produtiva. Desta forma, as transformações corporais advindas com o envelhecimento não são aceitas, uma vez que estas não são encaradas como um processo natural do envelhecimento.

Neri e Cachioni(1999) comentam que o envelhecimento pode ocorrer de duas formas: o envelhecimento primário ou normal diz respeito às mudanças que são intrínsecas ao processo de envelhecimento, são irreversíveis, progressivas e universais, porém, não patológicas como se pode observar no clareamento dos cabelos, o aparecimento de rugas, diminuição da força, entre outras; Já o envelhecimento secundário diz respeito às mudanças causadas por doenças que são dependentes da idade, na medida em que o tempo vivido significa aumento da probabilidade de exposição a fatores de risco.

Em conseqüência destas alterações, ocorrem preconceitos que envolvem a pessoa idosa cega e levam a um sentimento de incapacidade, de inércia, como observo na fala de Gonçalves (2001, p.174):

> O próprio idoso assume, na maioria das vezes, a ideologia da improdutividade. Não se sentindo participante ativo no processo de produção, restringe seu próprio espaço vital, fechando-se a novas possibilidades. Nesse processo, reduz também sua vida de movimentos, o que por sua vez, acelera o envelhecimento.

Assim, é necessário que este corpo idoso cego, se aceite neste momento da vida e saiba que existem muitos potenciais a serem trabalhados, basta apenas ele compreender que as lentidões são inerentes à idade.

4.5.4 - Não está relacionado à idade cronológica

Para a categoria **Não está relacionado à idade cronológica,** encontrei 5 sujeitos, o que equivale a 25% dos entrevistados.

Esta categoria está análoga à comparação entre o envelhecimento físico e o envelhecimento mental, ou seja, o físico supera o mental, pois o primeiro explicita mais as dificuldades. Posso observar esta dicotomia nos dizeres do sujeito 12: "...*Todos nós cada dia que passa vamos ficando cada vez mais velhos, mas na parte física você não tem tantas atividades não consegue fazer tantas coisas, conseguir até consegue, mas têm mais dificuldades, principalmente se deixar de fazer exercícios. Agora quanto a parte mental, pra mim até agora não afetou nada..."*

A esta visão dicotômica reporto aos dizeres de Capra (1987, p.55) que analisa o paradigma cartesiano, no qual recorre a Descartes, que privilegiou a mente em relação ao corpo, considerando que os dois são separados ou dissociados como vemos: "[...] não há nada no conceito de corpo que pertença a mente, e nada na idéia da mente que pertença ao corpo". Nesta lógica a concepção de corpo humano é de uma máquina, movida pela mente considerando suas várias funções biológicas como operações mecânicas, o que pode ser reforçado com a fala dos sujeitos em que o corpo se altera, mas a mente não.

Restak (2006) comenta que o cérebro não difere só de pessoa para pessoa, ele também difere na mesma pessoa durante os estágios da vida como de bebê, crianças, adultos e velhos. Ou seja, o cérebro envelhece tanto quanto o corpo, mas quanto mais estimulado, mais ativo ele ficará.

Por medo de não ser aceito nesta sociedade contemporânea o idoso acaba negando o seu corpo, ou seja, o corpo velho não é visto apenas como um corpo, mas também como um pacote de atributos estigmatizantes a respeito da personalidade, do papel social, econômico, e cultural do que é ser velho. Esta categoria angustiante da velhice impõe a não aceitação e abominação do próprio corpo, forçando-o ao distanciamento, buscando arduamente um corpo perfeito por meio de métodos que anunciem o rejuvenescimento a qualquer custo, fixando-se na imagem de uma juventude eterna (MONTEIRO, 2000).

Não aceitação do próprio corpo, não valorizá-lo da maneira que ele se apresenta, é estar desprovido do presente, é viver perdido entre a memória de situações passadas, que busca referências que possam trazer conforto e o medo de um futuro que não reserva mais possibilidades.

Também a fala do sujeito 1 realça esta categoria ao dizer: "... *mas eu posso entender por envelhecimento, (...) ela envelhece ou já está velha ou não precisa estar velha por idade para estar velha, tem pessoa que é nova e é velha espiritualmente falando, pois ela não tem vontade de fazer nada, não pratica um esporte, é totalmente sem vontade de fazer qualquer atividade.*

Envelhecer, portanto, diz respeito à existêncialidade do ser humano na complexidade das dimensões física, biológica, psicológica, social, econômica, histórica e cultural, desta forma, cada um de nós transmite um significado pessoal e particular deste fenômeno.

Recorro a Okuma (2002, p.14), que em seus estudos constato que

> A análise da velhice a partir de uma perspectiva pessoal mostra que, como toda situação humana, ela tem uma dimensão existencial, que modifica a relação do indivíduo consigo mesmo, com o outro, com o mundo e com o tempo [...]. A relação entre passado e presente é outra: o futuro torna-se curto. Talvez as perspectivas não estimulem expectativas. Assim, a relação consigo também se modifica, levando-o à aceitação ou à rejeição dessa existência, o que resultará na forma como ele lidará com a vida.

O envelhecimento é continuo e global para todo indivíduo. No entanto, ficar fantasiando argumento para não aceitação da idade biológica é não se aceitar, é negar este momento da vida.

4.5.5 - Têm vários ângulos de resposta

Cinco sujeitos se enquadram na categoria **Têm vários ângulos de resposta**, o que equivale a 25% das análises feitas.

Observo que o entendimento desta categoria se dá devido aos sujeitos relacionarem a idade biológica com a cronológica, e a fatores psicológicos, como verifico na fala do sujeito 01: “...*É uma pergunta que têm vários ângulos de resposta,*

mas eu posso entender por envelhecimento, eu acho que para começar, ela envelhece ou já está velha ou não precisa estar velha por idade para estar velha, tem pessoa que é nova e é velha espiritualmente falando...".

Nesses vários ângulos de repostas encontro sujeitos que falam bem da fase, mostrando seus ganhos e outros que comentam mal da velhice. Assim, Okuma (2002) ressalta que olhar para a velhice é muitas vezes elucidar aspectos negativos, enfatizando somente os pontos retrógrados deste momento.

Já Baltes e Baltes (1991) relatam que é preciso um novo olhar da velhice, mostrando que as pessoas têm que enxergar os potenciais deste momento da vida para o seu crescimento e desenvolvimento.

Portanto, é preciso que os idosos cegos que se enquadram nesta categoria se aceitem e compreendam que esta fase é muito boa, sendo necessário que eles aproveitem mais cada momento desta etapa da vida.

4.5.6 - **Relacionada à deficiência**

A categoria **Relacionada à deficiência** apontada por 4 sujeitos e representando 20% dos entrevistados está associada a ficar jovem após a aquisição da deficiência visual, devido alguns iniciarem na prática de exercícios após adquirirem a deficiência como relata o sujeito 03: "...*eu até perder a visão eu estava me sentindo uma pessoa velha, mas eu mudei meu modo de pensar e meu estilo de vida, e tô achando que estou retardando o meu envelhecimento, tá demorando mais para passar o tempo".*

Observo que este sujeito a partir do momento que passou a freqüentar a instituição, mudou seu estilo de vida, se tornou uma pessoa mais feliz, mais ativa, sentindo-se mais jovem.

Relacionado a estas mudanças Neri (2001), comenta que quanto maior o envolvimento dos idosos em atividades, maior a satisfação, a saúde, o auto-conceito e a aceitação social.

A pessoa idosa procura realizar uma aproximação física e afetiva com outras pessoas, fazendo com que paulatinamente enfraqueçam discriminações de todos os tipos (FERRIGNO, 2002).

Já o cego, ao estabelecer contato com o mundo, cria e recria ações efetivas de experienciar e experimentar as coisas; busca e encontra sua organização autônoma coordenando-se nas interações com os demais seres humanos, deficientes da visão ou não; vive sua existência junto aos fenômenos que no momento o circundam (PORTO, 2005).

Posso dizer que estes idosos cegos procuram suas satisfações pessoais da melhor forma possível, que o envelhecimento é mais um momento da vida, independente da deficiência visual, mas que eles têm que continuar sua vida, batalhando em busca da felicidade.

4.5.7 – Não ficar parado

Dois sujeitos fazem parte da categoria **Não ficar parado,** o que representa 10% dos entrevistados.

O entendimento disto se dá ao fato da pessoa não estar em atividade, fazendo com que envelheça mais rápido, ou seja, não iria apresentar uma velhice com mais qualidade como verifico nos dizeres do sujeito 9: "*Eu entendo como se fosse ficar parado, eu ia envelhecer mais rápido, porque eu ia ficar pensando certas coisas que ia ficar matinando a idéia com coisas que nem é preciso. Mas veja bem, porque a gente envelhece mais rápido, a gente ia ficar parado, não ia mexer a circulação, tudo isso contribui para envelhecer mais rápido".*

Os estudos de Verderi (2004), comentam que a partir do momento que temos a intenção de viver vidas ativas, com objetivos a serem alcançados, muitos gerontes podem melhorar sua capacidades motoras, velocidade de respostas, entre outros.

Okuma (2002), nos apresenta uma visão mais complexa da categoria **não ficar parado**, mostrando que as pessoas não apresentam um corpo feio ou bonito, gordo ou magro, hábil ou inábil, ativo ou passivo, doente ou saudável, as

pessoas são o próprio corpo que expressa uma forma gradativamente construída para lidar com as exigências das experiências vividas. Essa forma tem significados, pois são as experiências da existência configurada no corpo.

Observo que a possibilidade de não ficar parado, faz com que os idosos cegos se tornem pessoas menos dependentes nos seus afazeres, que o seu vigor físico, independente da idade que se encontra, possibilita a eles irem além das atividades rotineiras, o que os tornam mais capazes para o dia-a-dia.

4.5.8 – Não aceitar algumas coisas

A menor convergência de respostas está na categoria **Não aceitar algumas coisas** encontrada no sujeito 6, o que representa 5% da população pesquisada. Esta categoria tem o entendimento de que a pessoa mudou sua vida após adquirir a deficiência visual, como por exemplo aprender línguas, e estas alterações estão ampliando os conhecimentos em geral destes indivíduos. Este fato faz com que sua cabeça não aceite algumas coisas como observo em seus dizeres: "*...e agora que eu perdi a visão eu tô estudando, braille, até inglês, eu nunca pensei que eu ia estudar inglês. Apesar que tá difícil de aceitar, porque minha cabeça não aceita algumas coisas".*

Reportando aos dizeres do sujeito 6, observo que o mesmo está passando por alterações, sendo estas para melhor, até por um momento de aceitação da deficiência visual, mas é necessário que ele entenda que o nosso cérebro é plástico, sendo esta plasticidade definida como a capacidade de mudanças como verifico nas palavras de Restak (2006), o cérebro humano é uma obra em andamento, uma obra que dura a vida toda, e ele preserva sua plasticidade (capacidade de mudanças) enquanto o dono estiver vivo.

Damasceno (2004), aborda que a mente humana não é uma "faculdade" isolada ou apriorística, mas uma atividade complexa, caracterizada por suas estruturas sistêmicas, natureza mediada e origem histórico-social. Sua estrutura sistêmica compreende um conjunto dinâmico de componentes psicológicos (cognitivos, volitivos e afetivos) e regiões cerebrais interconexas, sendo que cada

uma contribui com operações básicas para a realização de atividades como um todo.

No envelhecimento, todo esse processo da mente humana não ocorre diferentemente da pessoa na juventude e na idade madura. O idoso apresenta suas operações mentais em processos mais lentos tendo respostas mais demoradas.

Após as análises das categorias da primeira pergunta, mostro a seguir os discursos na integra da pergunta 2.

4.6 - Os discursos da segunda pergunta:

Relacionado à segunda pergunta geradora definida:***"Como você se sente no processo de envelhecimento?*** os participantes falam o seguinte:

SUJEITO 1

Eu me sinto bem, dou graças a Deus por ter conseguido chegar a essa idade, tem muitas pessoas que eu conheci, amigos meus de infância que não chegaram até esta idade, embora eu tenha chegado, é obvio que eu não gostaria de chegar do jeito que eu cheguei, e estar nessa situação de não enxergar, estar sofrendo desta enfermidade que é a Diabetes, gostaria de ter chegado bem melhor. Mas, também eu não investi nisto daí, não investi na minha velhice, na minha juventude eu fiz várias extravagâncias como passar noites sem dormir, bebendo, fumando, então eu não investi na minha velhice. Eu poderia chegar bem melhor, mas eu me sinto bem, mesmo nesta situação de não estar enxergando, eu não tenho dificuldade em nada, a única dificuldade é não poder ler, pois eu lia muito, então é a única falta, apesar de eu ter aprendido o braille, e assim, em casa no âmbito familiar eu cheguei bem, eu não tenho vergonha de falar a idade que eu tenho, pelo contrário, eu fico muito feliz, do jeito que ia indo na minha juventude não eu para eu chegar até isso, mas graças a Deus, Deus teve misericórdia ainda e eu consegui chegar. Mas como eu já falei, me arrependo de não ter investido mais na minha velhice, é o que hoje muitos jovens deveriam pensar, pensar na velhice, porque parece que cada dia mais o povo brasileiro está vivendo mais, mas nem todos com saúde, a base de remédio. Eu falo com maior orgulho, a minha mãe com 92 anos, não toma nenhum remédio, não tem pressão alta, não tem diabetes, não tem colesterol, não tem nada, lava, passa, faz comida e ainda cuida de um filho com 82 anos, mas o que acontece, no tempo dela era um tempo diferente, teria um alicerce, foi criada em fazenda, os alimentos não tinha agrotóxico, essas coisa, hoje em dia isso não acontece. Mas não vamos pegar isso como muleta para falar que está doente hoje, né. Ela investiu na velhice dela,

mas depois da diabetes, é a única coisa que eu tenho. Eu não me considero nem velho, mas acho que se eu chegar nos 70, ainda não vou me considerar uma pessoa velha.

SUJEITO 02

Eu diria que estou tranqüilo, é uma coisa tão natural, evidente que pelo fato de ter perdido a visão há dezesseis anos, tinha 44 anos quando perdi a visão, existia uma preocupação maior, mas depois eu resolvi fazer uma faculdade, e tenho com o que me preocupar na minha velhice. É perverso para a pessoa chegar depois dos quarenta, tanto para o cego como para o vidente, pois temos muitas dificuldades, principalmente para achar emprego, o Brasil tem a cultura de não valorizar as experiências, então pra gente depois de uma certa idade eu não consigo mais emprego, é uma fator cultural do empresariados brasileiro, é um fator econômico, porque em geral eles dispensam o novo por não ter experiência e o velho você tem experiência demais, então ele te dispensa para colocar dois de vinte.

SUJEITO 03

Agora eu vou completar a primeira pergunta, pois como eu disse que mudei meu estilo eu senti que rejuvelheci mais, estou mais jovem agora. Eu tinha um estilo de vida, um modo de se vestir, modo de cuidar da minha aparência, mudei radicalmente a minha aparência, eu tinha barba agora rapo todo dia, tirei a barba, o bigode. O fator psicológico me ajudo muito, em vez de me prejudicar, eu comecei pensar diferente, mudei meu estilo de vida.

SUJEITO 04

O processo de envelhecimento é natural, como eu falei antes. Eu estava conversando, ontem eu fui em uma reunião em uma biblioteca, e lá tinham várias pessoas acima de terceira idade, e eu vi quanto importante, eu um pouco mais novo do que eles, foram as palavras que eu falei para eles, sobre o folclore da festa junina, fui bem aplaudido. Aí eu vi que estou envelhecendo com dignidade, sem preconceito, isso pra mim é muito importante, de envelhecer com dignidade e não

ter preconceito. Quer dizer ceguinho é a mãe, eu falo ao contrário, velho é a nona, e a nona não tem culpa certo, cego é a nona, nós não somos cegos nos somos deficientes, não é porque a gente é deficiente que somos coitadinho, coitadinhos coisa nenhuma, nós andamos sozinhos, pegamos ônibus sozinhos, movimentamos nossa conta bancária sozinho, por que nós aprendemos a assinar, então não podemos depender mais das pessoas, dependemos das pessoas quando vamos atravessar uma avenida movimentada. Como não temos mais a velocidade de um jovem, então a gente sempre precisa da ajuda de uma pessoa. E nos agradecemos por isso, e a sociedade já está compreendendo a gente também.

SUJEITO 05

A gente tem que ficar velho, é um caminho que todo mundo passar, é por esse caminho mesmo.

SUJEITO 06

Há eu to contente, tem gente que não consegue ficar velho porque morre cedo, com 15 e 16 anos porque se mata, ou a polícia mata, e eu com minha idade estou contente porque eu to vivendo, sempre procurei andar direito, nunca matei, nunca roubei, nunca fiz mal pra ninguém, acho que estou vivendo honestamente. Toco o meu pandeiro, gosto de música, canto, só que está difícil para mim aprender as músicas porque antigamente eu ouvia no rádio e já saia cantando, agora minha cabeça ta cansada, mais eu ainda gosto das músicas, eu fico em casa o dia inteiro ouvindo o rádio, tem horas que é a notícia, depois as músicas, o rádio eu não desligo, é o meu companheiro, gosto mais do rádio do que da televisão, a televisão eu não enxergo.

SUJEITO 07

È a gente fica meio abatido, porque a velhice nos deixa bastante seqüelas, inclusive eu sou divorciado, a gente não tem ninguém mais a não ser a minha mãe, meu pai faleceu o ano passado, então eu fico preocupado, porque a gente não sabe o dia de amanhã, mas eu espero que a gente possa levar do jeito que a gente está levando e posso vencer a velhice. A gente faz massagem durante a semana, vem brincar com

a mulecada, eu adoro isso, e acho que vai ser difícil da gente ficar velhinho, porque eu gosto dessa mulecada, eles incentivam muito a gente.

SUJEITO 08

Eu me sinto bem, porque eu me acho capaz de fazer bastante coisa, porque tem menino aí de 30, 25 anos que não faz o que eu faça, eu não me sinto velha não, felizmente não dá para esconder, mas eu me sinto uma pessoa de 45 anos. Tem gente que não quer mais nada da vida, que envelhecem antes do tempo, essas pessoas que se envolvem com drogas, estão mais velhos do que eu, eles estão se acabando né. Então eu acho que nós que mesmo não tendo a visão, estamos fazendo uma caminhada, fazendo um exercício, mas tem ,muitos jovens por aí que estão internados em uma clínica, se matando aos poucos, estão mais velho do que a gente. Podem ser mais jovens de idade, mas são mais velhos de cabeça.

SUJEITO 09

Eu me sinto no processo de envelhecimento forte, com bastante coragem, porque eu gosto de andar muito, então, essa parte que eu vou envelhecendo, apesar de já está fazendo 61 anos, por eu estar já com mais idade, eu me sinto forte, feliz, mesmo com deficiência da cegueira, difícil é, mas a gente tem que se acostumar, veja bem, por eu estar fazendo 61 anos, fico até orgulhoso, por ter vivido bastante, estar com saúde, forte, andando, com a mente boa. Eu como, bebo, muito bem, dentro do 61 anos que estou fazendo me sinto bastante feliz. Claro que não sou um moço de 20 anos, que dá um "tcham" todo dia, mas pelo menos 2 vezes por mês a Baiana me agüenta, minha esposa é da Bahia. Mas graças a Deus estou contente, me sinto feliz. Agora vai nascer a minha netinha, estou tão feliz, não vejo a hora.

SUJEITO 10

Eu não me sinto no processo de envelhecimento eu sinto que os anos passam, mais a minha cabeça continua como anos atrás, não me considero velho, não estou preparado para ficar velho, por isso que eu faço exercício, me exercito e continuo vivendo bem, com saúde. Acho que velho é passado, é coisa de museu. Estou

apresentando uma vitalidade, a vida continua e ela é rapidinha. A gente tem que aproveitar, ta com saúde, ta bem, não é porque a gente tem uma deficiência que o mundo acabou, não é por aí, a vida continua, batalhar até o dia que chegou sua hora, tudo bem, vamos embora, mas a gente tem que viver e viver bem, com dignidade pelo menos. Agora, o cara vicia dentro de casa, numa cama, numa cadeira de rodas, não procura um incentivo, sabe aquele primeiro empurrão. Agora se não fosse a Romilda eu não estaria aqui, ela falou tanto que eu me incentivei e falei que eu vou, e gostei e vou continuar. Vou fazer atletismo, vou correr, ainda você vai ouvir falar do Antonio muitas vezes.

SUJEITO 11

Eu me sinto feliz, porque se eu to envelhecendo é porque Deus me permitiu vida até aqui. E eu fico feliz com isso.

SUJEITO 12

Como eu disse no início, eu não vejo nada que não seja normal, como vai acontecer com todos nós. Eu vou dizer que me preparei para ficar velho, eu vou dizer que não, eu nunca pensei nisso, acho que é só.

SUJEITO 13

Eu não sei dizer sabe porque, porque eu não me sinto velho, que nem a turma fala assim, tem pessoas que pensam eu tenho 50, 60 anos e to velho, eu não penso assim, porque a atividade que eu faço, eu ando, a minha vida é como se fosse uma pessoa de 20 anos, entendeu, desde que a pessoa tenha saúde. Porque tem pessoas por exemplo: que tem 40, 50 anos e não pode fazer uma caminhada, namorar, não pode nada. Aí é totalmente diferente, porque a resposta seria outra né.

SUJEITO 14

Eu estou me sentindo bem, estou bastante ativa, tenho bastante atividade, tanto em casa como no centro cultural, então eu to me sentindo muito bem, como há 25 anos atrás eu não me senti tão bem como eu estou me sentindo agora, sempre ativa, sempre em atividade, tanto em casa como no centro cultural, eu sempre gostei de rir muito, de brincar muito, e nada de tristeza, nem depressão e nem chorar. Eu to me sentindo assim. Eu to encarando o envelhecimento assim, embora eu não gosto da velhice, mas eu acho que a velhice é mais no corpo, nas formas da gente, tudo. Na cabeça é bem diferente e na minha cabeça eu me sinto jovem, eu gosto de aprender coisas novas, de ouvir música, de cantar, muita coisa. Eu me relaciono bem com os amigos, com a família e assim eu to encarando o meu envelhecimento. Espero que eu continue assim.

SUJEITO 15

Eu me sinto bem, eu sei que é uma coisa contra o qual eu não posso lutar, não há nada a fazer, o que eu posso fazer por exemplo, como muitos falam é fazer um exercício para se sentir melhor, mas não sei porque eu sou contra o exercício, não é que eu tenha preguiça de fazer mas eu não acho que o exercício iria me sentir menos velho, eu não sinto necessidade de fazer. Então o meu envelhecimento é natural, é normal. Hoje em dia, no meu modo de entender, parece que é moda, mania, todo médico, todo preparador físico acha que você tem que fazer exercício físico e eu não sinto dores nenhuma, eu como bem, eu durmo bem, eu ando, correr não dá porque falta um pouco de fôlego pra correr num tempo continuado, mas se eu for começar a fazer exercícios físicos, eu sei que não vai me ajudar em nada, porque eu não vou fazer periodicamente, porque eu sei que eu vou fazer um dia, no outro eu não vou, então eu não quero nem começar. Não sou de dormir depois do almoço, gosto de ficar em casa, mais não dormindo. Então o meu envelhecimento é esse, uma vida de rotina, não tem nada especial, não tenho problema na família, os filhos tudo bem, família tudo bem, então o envelhecimento é ver o tempo passar, to vendo o tempo passar, sem poder fazer nada para segurar e nem eu não sei o que eu poderia fazer por mim no meu envelhecimento, eu não sei. Escuto muita gente falar, mais experientes, mais velhos do que eu, mais novos do que eu e eu até não acredito muito nessa gente que eu escuto falar que é jovem de espírito, pode falar que tem um espírito alegre, mais jovem, eu não tenho, eu tenho um espírito de um

homem de 73 anos de idade. Eu sou um pouco pessimista na minha vida, porque eu não vejo oportunidade de nada para mim, alguma coisa que eu pudesse fazer, ser útil para alguém, as vezes falam para eu ser voluntário para alguém aí, mas eu sou do tipo que não sou capaz de me dedicar muito a qualquer coisa daqui para frente. Trabalhar o tempo que eu trabalhava, eu era casado, tinha criança pequena, então, trabalhar eu trabalhei tudo o que eu podia trabalhar, fazia 10, 12 horas por dia, trabalhava aos sábados, domingos, feriados, não tinha tempo bom, porque eu tinha família para cuidar, tinha o sonho de comprar uma casinha, então eu comprei a casa, enquanto pude tive carro, a minha mulher nunca precisou trabalhar, os filho não estudaram em faculdade porque não quiseram, só uma que fez a faculdade Anchieta e se formou em contabilidade e eles tocam a vida deles muito bem agora. Então, o meu envelhecimento agora, eu não estou esperando como muitos a morte, muito pelo contrário, quero viver muito mais.

SUJEITO 16

Eu me sinto bem, certo, não me sinto assim digamos complexidade por causa da chegada idade, eu me sinto bem mesmo, eu sinto até orgulho de ter chegado nessa idade, não é! Pelas conquistas, pelas vivencias que eu já tive, eu acho maravilhoso. No entanto, apesar da falta de visão, que na minha opinião é a pior das deficiências, mas mesmo assim eu procuro não me entregar, eu acho que assim mesmo eu tenho muita coisa pela frente. Eu tenho esperança ainda e tenho um caminho muito longo a percorrer, e acho que ainda posso ser útil para muita gente.

SUJEITO 17

Eu me sinto bem, pra mim é o físico e a mente não, minha mente, por exemplo, eu estava fazendo aula de natação e estava brincando na piscina, então a Aninha falou, mas ela gosta mesmo só de ficar brincando, então a minha mente é de criança, eu gosto de brincar, de brincar mesmo! Então eu me sinto bem, não me importo, eu não percebo diferença não, no físico, entendeu. To conseguindo fazer natação, to conseguindo correr bem, pra mim eu não tenho nada contra ficar velhinha.

SUJEITO 18

O processo de envelhecimento, partindo da casa da gente, as vezes a gente é humilhado e as pessoas as vezes não aceitam o erro da gente. Muitas vezes a gente faz algum negócio que não é para fazer, sem querer fazer, e as pessoas criticam ainda, isso dentro de casa. Agora dentro na sociedade, eu não sei se a sociedade aceita ou não aceita, a sociedade as vezes não tem coragem de responder para gente porque é uma vez só, agora em casa é todo dia. As vezes as pessoas acham que a gente errou mais de uma vez. Mas eu me sinto bem graças a Deus, eu louvo e agradeço a Deus ainda, porque eu faço muita coisa ainda, eu faço minha barba, tomo meu banho, limpo o quinta para minha mulher, lavo a louça, talvez não fique perfeito, mas pelo menos tento fazer.

SUJEITO 19

Eu me sinto normal, a gente acaba até acostumando com a vida, né. Se não tem jeito, a dificuldade vem, a gente pede ajuda. Porque a gente não pode desistir, a gente tem que lutar, porque se a gente desistir eu vou acabar em depressão, jogado em uma cama, aí é pior, eu to falando que aqui no Braille eu estou bem aqui, porque até então eu só ficava em casa, com medo de sair na rua, estou fazendo treinamento com a bengala, porque depois que eu fiquei cega total, por isso que eu digo, o envelhecimento vai piorando normal, a pessoa que não tem problema já piora, quem tem problema é pior ainda.

SUJEITO 20

Eu me sinto que cada dia que passa a gente vai decaindo um pouco né, principalmente a minha pessoa, porque a gente tem dificuldade visual, agente sente bastante dificuldade, e eu fico muito nervoso com essa situação, e a minha velhice vai sendo alcançada o mais rápido possível por causa disso aí, eu quero adquiri alguma coisa, mais a visão não ajuda, então eu fico muito agitado, nervoso, aonde a velhice chega mais rápido, isso é a minha pessoa.

Após a transcrição dos discursos da segunda pergunta, passarei então ao levantamento dos indicadores das mesmas, os quais servirão como uma fase do transitar entre as falas dos sujeitos e a elaboração das categorias.

4.7. Indicadores da pergunta 2

Como você se sente no processo de envelhecimento?

SUJEITO 1

- sente bem;
- graça de Deus;
- não gostaria de chegar do jeito que eu cheguei;
- arrependido

SUJEITO 02

- tranqüilo;
- muitas dificuldades;

SUJEITO 03

- estou mais jovem por mudar meu estilo de vida;

SUJEITO 04

- com dignidade e sem preconceito;
- mais lento

SUJEITO 05

- caminho que todo mundo passar

SUJEITO 06

- contente;
- com cabeça cansada;

SUJEITO 07

- abatido;
- com seqüelas;
- preocupado com o dia de amanhã;
- incentivado pela mulecada.

SUJEITO 08

- sente bem;
- capaz de fazer bastante coisas;
- não sente velha;

SUJEITO 09

- Forte;
- Com coragem;
- feliz;
- orgulhoso, por ter vivido bastante;
- com saúde;
- com a mente boa.

SUJEITO 10

- não se sente no processo de envelhecimento;
- Sente que os anos passaram, mais a cabeça continua como anos atrás;
- não está preparado para ficar velho;
- com saúde;

- com vitalidade;

SUJEITO 11

- sente feliz;
- com a permissão de Deus..

SUJEITO 12

- normal;
- nunca pensou nisto.

SUJEITO 13

- não sente velho;

SUJEITO 14

- sente bem;
- ativa;
- sem tristeza ou depressão;
- não gosta da velhice;
- mais corpo do que mente;

SUJEITO 15

- sente bem;
- não se pode lutar;
- é natural, normal;
- é rotina, nada especial;
- é ver o tempo passar sem poder fazer nada para segurar;
- pouco pessimista;

- não espera a morte, quer viver muito mais;

SUJEITO 16

- sente bem;
- complexado por causa da idade;
- orgulho de ter chegado nessa idade;
- maravilhoso;
- esperançoso;
- sendo útil para muita gente.

SUJEITO 17

- sente bem;
- envelhecimento do físico e não da mente;
- com vontade de brincar;
- não percebe a diferença no físico;

SUJEITO 18

- as vezes é humilhado por errar;
- sente bem, graças a Deus;
- fazendo muitas coisas.

SUJEITO 19

- sente normal;
- a gente tem que lutar;
- piora por causa da deficiência.

SUJEITO 20

- decaindo pela dificuldade visual;
- agitado, nervoso.

A partir desses indicadores, crio categorias como mostra a tabela 15, as quais sintetizam o que é mais significativo nos dados coletados para posteriores análises. A partir deste momento tenho condições de confrontar as teorias acadêmicas com o discurso dos idosos cegos com a idéia que os mesmos possuem sobre a sua situação no processo de envelhecimento.

4.8. Categorias da pergunta 2

Como você se sente no processo de envelhecimento?

1-) Com dificuldades (2,4,6,7,14,15,16,17,18,19,20)

2-) Capaz e orgulhoso de muitas coisas (5,7,8,9,10,12,13,14,15,16,18,19)

3-) Bem, tranqüilo e mais jovem (1,2,3,6,8,9,11,14,15,16,17)

4-) Dadiva de Deus (1,11,18)

5-) Não satisfeito (1,14,18)

6-) Nunca pensou (12,17).

Quadro 15: categorias formadas após análises dos indicadores da pergunta 02

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	%
Com dificuldades		**x**		**x**		**x**	**x**							**x**	**x**	**x**	**x**	**x**	**X**	**x**	**55%**
Capaz e orgulhoso de muitas coisas					**x**		**x**	**x**	**x**	**x**		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		**x**	**x**		**60%**
Bem, tranqüilo, mais jovem	**x**	**x**	**X**			**x**		**x**	**x**		**x**			**x**	**x**	**x**	**x**				**55%**
Dadiva de Deus	**x**										**x**							**x**			**15%**
Não satisfeito	**x**													**x**				**x**			**15%**
Nunca pensou												**x**					**x**				**10%**
%	50	33,3	16,6	16,6	16,6	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	33,3	16,6	66,6	50	50	50	66,6	33,3	16,6	

4.9. Análise das categorias da pergunta 2:

Conforme o relato dos entrevistados, faço agora a análise das respostas da pergunta 2 definida: **“Como você se sente no processo de envelhecimento?”,** conforme as categorias que foram formadas.

4.9.1 – Com dificuldades

Onze sujeitos fazem parte da categoria **com dificuldade**, o que representa 60% do público pesquisado. Ela está relacionada à idéia das dificuldades de chegar após os quarenta anos, principalmente pelo fato da cegueira e os preconceitos que o idoso sofre como observo na fala do sujeito 2: “*Eu diria que estou tranqüilo, é uma coisa tão natural [...] É perverso para a pessoa chegar depois dos quarenta, tanto para o cego como para o vidente, pois temos muitas dificuldades, principalmente para achar emprego, o Brasil tem a cultura de não valorizar as experiências...”.*

Na velhice o ser humano fica sujeito a ter mais perdas evolutivas em vários domínios, em virtude da sua programação genética, dos eventos biológicos, psicológicos e sociais característicos de sua história de vida e dos processos que ocorrem ao longo do curso da história da sociedade. No entanto, dizer que na velhice existem mais perdas do que ganhos evolutivos não significa dizer que a velhice é sinônimo de doença e nem que as pessoas ficam impedidas de funcionar. Viver significa adaptação ou possibilidade de constante auto-regulação, tanto em termos biológicos quanto psicológicos e sociais (NERI; CACHIONI, 1999).

Essas dificuldades orgânicas e funcionais acabam por diminuir a capacidade que a pessoa tem de se adaptar ao meio ambiente, tornando-a mais vulnerável aos processos patológicos, terminando num prazo maior ou menor, por levá-la a morte (JORDÃO NETO, 1997).

A pessoa idosa cega muitas vezes apresenta maiores dificuldades relacionadas aos aspectos sociais e motores devido às alterações que surgem em decorrência do envelhecimento e à deficiência visual. No entanto, é necessário mostrar as potencialidades desses indivíduos em seus afazeres diários, mostrando

que as perdas e as dificuldades encontradas são comuns em decorrência da idade, mas que ele é capaz de realizar muitas coisas.

4.9.2 – Capaz e orgulhoso de muitas coisas

Capaz e orgulhoso de muitas coisas é a categoria composta por 12 integrantes, o que representa 60% do público estudado e a categoria com maior número de sujeitos integrantes.

Dentre os valores atribuídos a esta categoria destaco o fato dos sujeitos estarem contentes de chegarem nesta idade, o que diverge da categoria anterior que tem o mesmo número de pessoas.

Também se relaciona ao fato de fazerem bastante atividades, se sentirem fortes por estarem bem, como posso observar nos dizeres do sujeito 9: "...*apesar de já estar fazendo 61 anos, por eu estar já com mais idade, eu me sinto forte, feliz, mesmo com deficiência da cegueira, difícil é, mas a gente tem que se acostumar, veja bem, por eu estar fazendo 61 anos, fico até orgulhoso, por ter vivido bastante, estar com saúde, forte, andando, com a mente boa. Eu como, bebo, muito bem, dentro do 61 anos que estou fazendo me sinto bastante feliz. Claro que não sou um moço de 20 anos, que dá um "tcham" todo dia, mas pelo menos 2 vezes por mês a Baiana me agüenta, minha esposa é da Bahia. Mas graças a Deus estou contente, me sinto feliz. Agora vai nascer a minha netinha, estou tão feliz, não vejo a hora".*

Dos sujeitos integrantes desta categoria verifico que a grande maioria se apresenta ativo, o que nos reporta ao dizeres de Neri (2001), que comenta sobre a teoria da atividade, que quanto maior a atividade dos idosos, maior a satisfação, a saúde, o auto-conceito e a aceitação social.

Assim, os idosos cegos pertencentes a essa categoria possivelmente terão uma velhice melhor, pois aceitam as alterações ocorridas no organismo em decorrência do envelhecimento e sabem que as limitações ocorrem, mas acreditam nas suas potencialidades.

Outro fator relevante neste discurso foi a relação com a sexualidade, como verifico na fala deste sujeito "...*Claro que não sou um moço de 20 anos, que*

dá um “tcham” todo dia, mas pelo menos 2 vezes por mês a Baiana me agüenta, minha esposa é da Bahia...”.

Simões (1995), nos alerta que a sexualidade faz parte do conjunto de preconceitos associados ao idoso. Monteiro (2002), complementa ressaltando que a sexualidade, os espaços e o ritmo do prazer mudam com o passar dos anos, como posso observar na fala do sujeito 9, mas isto não significa que a sexualidade não deixe de ser uma necessidade básica na velhice. A mesma autora continua dizendo que vivenciar a sexualidade na amplitude do prazer é uma questão de permanecer interessado no pulsar da vida.

O idoso vivenciará a vida sexual que se permitiu na juventude e na maturidade, se a essas experiências se entregou profundamente, saberá encontrar formas de satisfação na velhice, pois desejos tão vitais como o amor e sexo permanecem por toda a vida, o que muda é a consciência de como vivê-los (MONTEIRO, 2002).

Mas para a pessoa cega, a sexualidade pode ser entendida diferentemente do vidente como observo nos dizeres de Bruns e Leal Filho (1994), em que a sexualidade é um dos modos do humano se expressar e se encontrar consigo próprio e com o outro na mais profunda intimidade, mas para o cego o olhar é no sentido de discernir, fixar, tocar, perceber, sentir. Ir além do olhar comum é ver com a habilidade do cego, que não enxergam, mas tateiam, apalpam e percebem.

Os mesmos autores ainda comentam que o olhar pode ser o que vislumbra a possibilidade sensual e, às vezes, nos parece o fiel indicador do nosso desejo. No entanto, tende a ser paradoxalmente, o mais frágil referencial, pois sua força e encanto iniciais podem se desvanecer com um gesto, uma palavra, um toque ou outro detalhe qualquer que nos pareça deserotizado.

4.9.3 – Bem, tranqüilo e mais jovem

Para a categoria definida **Bem, tranqüilo e mais jovem** encontro 11 sujeitos, o que representa 55% da população pesquisada.

A categoria está relacionada ao fato dos sujeitos estarem se sentido bem na velhice, enfatizando os aspectos positivos deste momento. Também está incluído nesta categoria o fato das pessoas estarem com coragem, vontade de lutar pela vida, com vontade de brincar como verifico na fala do sujeito 16: "...*Eu me sinto bem, certo, não me sinto assim digamos complexidade por causa da chegada idade, eu me sinto bem mesmo, eu sinto até orgulho de ter chegado nessa idade, não é! Pelas conquistas, pelas vivências que eu já tive, eu acho maravilhoso....".*

Neri e Cachioni (1999), comentam que envelhecer bem depende do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, o qual permite que, com os diferentes graus de eficácia ele venha a lidar com as perdas ocorridas com o envelhecimento.

Marrano (2006), em seus dizeres relata que envelhecer com aspectos positivos é dar sentido à vida, é gostar de viver.

Olhar a velhice com aspectos positivos, é ter satisfação em viver, é estar presente no mundo e entender das grandes possibilidades que ela traz.

4.9.4 – Dádiva de Deus

Três sujeitos fazem parte da categoria **Dádiva de Deus,** o que representa 15% dos sujeitos pesquisados.

Esta categoria está relacionada aos agradecimentos feitos a Deus por terem conseguido chegar nesta idade, como posso observar na fala do sujeito 11: "*Eu me sinto feliz, porque se eu tô envelhecendo é porque Deus me permitiu vida até aqui...".*

A religiosidade está muito presente na sociedade atual. Observa-se na quantidade de religiões e igrejas que se encontram atualmente. No entanto, para a pessoa idosa cega, estas crenças podem acontecer de forma mais intencional, principalmente quando o sujeito adquiriu a deficiência, fazendo com que o mesmo recorra a salvações milagrosas para a cura da sua deficiência.

Diante desta religiosidade Moreira (1994), nos reporta a uma visão antropológica tradicional, donde o corpo se torna aprisionado, ora ao comando do pensamento, ora ao comando do espírito. Como conseqüência, não é a concretitude do corpo que tem valor, e sim a idéia de como esse corpo está no

mundo e o que pode conseguir do mundo, ou seja, a importância não está no ser humano, mas nas suas atitudes e funções.

O processo de envelhecimento traz consigo muitas questões existenciais, como percebo nos dizeres de Gonçalves (2001), quando relata que compartilhamos da crença para termos uma experiência singular, originária, portanto, de uma experiência de ser, experiência fundamental que abarca o homem em sua totalidade existencial, como um ser no mundo.

As pessoas idosas cegas têm uma presença muito forte nas crenças, da pessoa Deus nas suas falas, assim, posso dizer que esta religiosidade fortaleça o seu caminho existencial, fortificando o seu futuro no momento que se encontra.

4.9.5 – Não satisfeito

Para a categoria **Não satisfeito** encontrei 3 sujeitos, o que representa 15% dos sujeitos pesquisados.

Esta categoria foi criada em conseqüência dos sujeitos relacionarem o envelhecimento com a deficiência, e não aceitarem a forma como chegaram à velhice, como observo nos dizeres do sujeito 1: "...*embora eu tenha chegado, é obvio que eu não gostaria de chegar do jeito que eu cheguei, e estar nessa situação de não enxergar, estar sofrendo desta enfermidade...".*

Este ítem chama bastante atenção devido aos idosos cegos integrantes desta categoria não aceitarem a forma como chegaram `a velhice, principalmente por alguns assumirem que extrapolaram na juventude e estão vivenciando as seqüelas de uma realidade que privilegia os jovens.

Marrano (2006), comenta que os idosos estão sujeitos a conviver com as doenças, com rendimentos insuficientes para a manutenção de suas necessidades. Loureiro (1999), relata que a auto-imagem, auto-estima se altera e o idoso se assume como se estivesse no fim.

A pessoa idosa acaba ficando sem reação positiva com relação à vida que ainda existe; adota a postura que a sociedade tem com ele, que lhe impõe: passa a ser o velho inútil, o doente, um ser em desvantagem que vive marginalizado das possibilidades do mundo moderno (MESSY, 1993).

No entanto, olhar para a velhice e só observar os aspectos negativos, é uma forma reducionista de encará-la. Que independente de ter a visão ou não, estes idosos cegos têm que tirar maiores proveitos deste momento, freqüentando as instituições, praticando seus exercícios físicos, conhecendo novas pessoas, pois é assim que eles serão mais felizes e terão uma velhice mais ativa.

4.9.6 – Nunca pensou

Para a ultima categoria formada definida como **Nunca pensou**, encontro dois sujeitos, sendo estes representantes de 10% do grupo estudado. Esta categoria justifica os dizeres relacionados ao não estar pensando na velhice como observo na fala do sujeito 12: "...*Como eu disse no início, eu não vejo nada que não seja normal, como vai acontecer com todos nós. Eu vou dizer que me preparei para ficar velho, eu vou dizer que não, eu nunca pensei nisso, acho que é só...",* ou não se importar com a idade que se encontra, como vejo nas palavras do sujeito 17: "...*Então eu me sinto bem, não me importo, eu não percebo diferença não, no físico, entendeu. Tô conseguindo fazer natação, tô conseguindo correr bem, pra mim eu não tenho nada contra ficar velhinha".*

Observo que nesses dois depoimentos, há uma negação da velhice ou uma negação do seu corpo, pois o sujeito 12 refere-se ao não estar preparado para ficar velho e o sujeito 17 não se importa com o momento atual.

Para tentar solucionar esta negação corporal recorro à corporeidade, sendo que esta tem a intenção de alterar a vertente que explica a presença do homem no mundo, o ser-no-mundo, mostrando condições fundamentais para uma visão mais holística do ser humano (SIMÕES, 1995).

Sérgio citado por Simões (1995), comenta que a corporeidade deve ser entendida como condição de presença, participação e significado do homem no mundo.

A essa conexão ser-no-mundo, se dá por meio de experiência da percepção, estabelecendo-se seu mundo vida, que é o mesmo da vivência cotidiana

imediata no qual vive, têm aspirações, age e sente-se ora satisfeito, ora contrariado (MERLEAU-PONTY, 1994).

O mesmo autor comenta que para haver percepção, é necessário que exista intencionalidade, a qual é direcionada pela consciência. A consciência é sempre intencional e a intencionalidade é o ato de atribuir sentido, e é ela que une consciência e objeto, sujeito e mundo. Por meio da intencionalidade, ele se abre para o mundo que tem significação para si.

Ao se abrir para o mundo por meio da intencionalidade o corpo sujeito, corpo vivido, torna-se um corpo objeto, corpo pensado. O corpo vivido é complexo, misterioso, que busca a sua auto-superação (MOREIRA, 1994).

Assim, é necessário que esses idosos cegos, se aceitem, busquem sua intencionalidade e vivam cada momento da vida com mais prazer, sabendo que a velhice é cheia de atributos positivos.

Após a análise das categorias das perguntas n°1 e n° 2, levando em conta todo o levantamento bibliográfico, os discursos dos sujeitos e as percepções tiradas com conversas informais, entrarei nas considerações finais, finalizando a compreensão da concepção sobre envelhecimento e envelhecer para pessoas idosas cegas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste momento, entro nas considerações finais, tentando responder ao objetivo do trabalho definido como: qual a concepção sobre envelhecimento e envelhecer para pessoas idosas cegas, integrantes das instituições localizadas próximo à cidade de Jundiaí, interior do Estado de São Paulo.

Vale salientar que ao fazer a leitura do referencial teórico e das respostas dos participantes da investigação percebo que as pessoas idosas, que tem como característica a deficiência visual, são pessoas que necessitam ser compreendidas por toda a sua globalidade, sendo considerados seres humanos que buscam sua existencialidade por toda a sua plenitude e que são pessoas diferentes, como todos nós somos, sendo a única questão apresentar a deficiência visual.

Estudar o envelhecimento é buscar relações futuras, relações que podem ser observadas em pessoas do nosso convívio, como nossos avós, pais ou outras pessoas próximas. Mas, especificamente neste trabalho, fui buscar algo a mais, como o envelhecimento da pessoa cega.

Entender o envelhecimento dessa população é discutir sobre um fato novo, pois em decorrência do mundo conturbado que se vive atualmente, as pessoas acabam não percebendo que estão apresentando déficit visual, auditivo, entre outros, e não tem tempo para realizar consultas de rotina em seus médicos, fato este muito encontrado em pessoas que estão chegando à velhice.

A pesquisa revelou que as pessoas idosas cegas, associam o entendimento de envelhecer com a própria vivência no processo de envelhecimento, considerando que vários participantes responderam a segunda pergunta na primeira, ou mesmo respondendo da mesma forma uma e outra.

Também constatei que a grande maioria dos entrevistados entende o significado do envelhecimento por uma perspectiva positiva, mas alguns ficam constrangidos de aceitar a fase por terem a deficiência visual e em decorrência disso, apresentam déficits nas suas atividades de vida diária, como a locomoção e ações que requerem dupla atenção.

É relevante que os idosos cegos aceitem este momento do curso de vida e não neguem a idade, pois a negação da idade é negação do próprio corpo, significa negar sua existencialidade e não valorizá-lo da maneira que ela se apresenta, é estar desprovido do presente, é viver perdido entre a memória de situações passadas, buscando referências que possam trazer conforto e o medo de um futuro que não reserva mais possibilidades.

Quanto às dificuldades apresentadas em decorrência do envelhecimento e a deficiência visual, é natural que elas aconteçam, pois os idosos cegos ficam sujeitos a terem mais perdas em vários domínios nesta etapa da vida, mas dizer que na velhice ocorrem mais perdas do que ganhos, não significa dizer que a velhice é sinônimo de doença e nem que as pessoas ficam impedidas de funcionar. Viver significa adaptação ou possibilidade de constante auto-regulação, nos campos biológicos, psicológicos e sociais.

Foi perceptivel, para alguns dos idosos cegos, a mudança de seu estilo de vida após adquirirem a deficiência visual. Estes passaram a freqüentar outros ambientes, começaram a praticar esportes, entre outras atividades, ou seja, valorizaram a sua existencialidade e entenderam o mundo de outra forma, e não apenas com o sentido da visão.

Neste sentido, passaram, a mostrar outras potencialidades, reforçando que as limitações apresentadas são normais em decorrência do envelhecimento e da cegueira, o que não os impede de estar no mundo.

Mesmo com tantas discriminações que a sociedade capitalista apresenta, verifico que muitos idosos cegos estão se sentindo orgulhosos e capazes de terem chegado a esta idade, associando esta fase a várias tarefas que realizam durante o dia.

Uma questão que chama a atenção é que uma parcela dos entrevistados apresenta uma dicotomia nos seus discursos, pois comentam que estão tranqüilos por estarem nesta fase, mas ao mesmo tempo estão com dificuldade por não terem acesso ao mercado de trabalho.

Talvez isto ocorra porque o mercado de trabalho atual está passando por muitas transformações, a sociedade capitalista possibilita apenas a inserção e continuidade nos empregos dos melhores, os mais produtivos, os mais rápidos, os sem comprometimento físico ou intelectual, fazendo com que várias categorias como os idosos e principalmente as pessoas com deficiência se incluam de uma forma

reducionista, provavelmente porque não acreditam nas potencialidades destes sujeitos.

Ficou evidente nas análises uma relação muito forte com as crenças religiosas e espirituais, pois estas contribuem para a busca de um sentido para a vida e a pessoa que a encontra segue em frente, por isso que muitos idosos cegos não temem a morte, porque nascer, crescer, viver e morrer faz parte do ciclo vital e acreditam que Deus reservou algo a mais do que a simples vida na Terra.

No entanto, mesmo alguns que tem fé religiosidade não estão satisfeitos com a velhice da forma como chegaram, com a deficiência visual, mas ao mesmo tempo justificam a situação atual como resultado das extrapolações feitas na juventude, negligenciando a vida futura.

Creio que viver o hoje é relevante, no sentido de aproveitar o momento que se está vivendo, mas também é necessário ter cautela em algumas situações para não sofrer conseqüências em decorrência de ações que possam prejudicar a si mesmo.

Outro fator a se considerar é que alguns idosos cegos revelaram que nunca pensaram na velhice. No entanto, esta negação da fase, ou negação corporal poderá ser alterada a partir do momento em que esses indivíduos vivam com mais intencionalidade cada momento da sua vida.

Finalizo este momento comentando que a existência desta pesquisa significa relações próximas com uma população que ainda é esquecida devido aos grandes avanços tecnológicos e capitalistas, e se este paradigma não sofrer mudanças drásticas e rápidas teremos uma sociedade idosa com deficiência em outros aspectos nos próximos anos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. J. G. **Estratégias para aprendizagem esportiva: Uma abordagem pedagógica da atividade motora para cegos e deficientes visuais**. 1995. Tese (Doutorado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

ALMEIDA, J.J.G.; MUNSTER, M.A.V. Atividade física e deficiência visual. In: GORGATTI, M.G.; DA COSTA, R.F. (Org) **Atividade física adaptada: Qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais**. Barueri: Manole. 2005. p. 28-76.

ALVES, L. C. **Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos no município de São Paulo**. 2004. 75p. Dissertação (Mestrado em Demografia). Centro de desenvolvimento e planejamento regional, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2004.

BACELAR, R. **Envelhecimento e produtividade: processos de subjetivação**. 2ª ed. Recife: Fundação Antonio dos Santos Abranches – FASA, 2002.

BALTES, P. ; BALTES, M. Psychological perspectivas on sucessful againg: the modelo f selective opitimization with compensation. In; BALTES, P. ; BALTES, M. (Eds). **Successful againg: Perspectivas from behavioral sciences**. Cambridge, Cambridge University Press, p. 1 – 34, 1991.

BARRAGA, N. G. **Disminuidos visuales y aprendizaje**. Madrid: ONCE, 1985.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1990.

BERNE, R.M.; LEVY, M.N. **Fisiologia.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002.

BOBBIO, N. **O tempo da memória: De senectude e outros escritos autobiográfico**. Petrópolis: Vozes, 1997.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1987.

CORN, A. L.; KOENIG, A. J. Perspective on low vision. In: CORN, A. L.; KOENIG, A. J.(Org). **Foundations of low vision**: clinical and functional perspectives. New York: American Foundation for the blind, 1996. p. 3-25.

DIOGO, M. J. D. O. O envelhecimento da pessoa portadora de necessidades especiais. In: DIOGO, M. J. D. O. ; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (Org). **Saúde e Qualidade de Vida na Velhice**. Campinas: Alínea. 2004. p. 75-86.

DAMASCENO, B.P. Mente, cérebro e atividade: abordagem neuropsicológica. **Revista Brasileira de Neurologia**, v.04, p.05-13, 2004.
FERRIGNO, J.C. O estigma da velhice. **Revista A terceira idade**. São Paulo: Sesc, ano X, n° 24, p. 49 – 56, 2002.

FERREIRA, V. **Atividade física na terceira idade: o segredo da longevidade**. Rio de Janeiro. Sprint, 2003.

GEIS, P.P. **Tercera idad, actividad física y salud: teoría y práctica**. 5ª ed. Barcelona: Paidotribo. 2001.

GONÇALVES, M.A.S. **Sentir, pensar, agir: corporeidade e educação**. 5ª Ed. Campinas: Papirus, 2001.

GUYTON, A. C.; HALL, J.E. **Tratado de fisiologia médica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.2002.

HOSKINS, I; KALACHE, A.; MENDES, S. Hacia uma atención primaria de salud adaptada a lãs personas de edad. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 5/6, p. 444-451, 2005.

IBSA. Classificação B-1, B-2 and B-3. Available from Word Wide Web: URL:http:// www.ibsa.es/rules/rules.htmlAcesso em 12 de novembro de 1998.

MAHAN, l. k.; STUMP,S.E. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 1998.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR LOW VISION RESEARCH AND REABILITATION (ISLRR). **Guide for the evaluation of visual impairment**. San Francisco: Pacific Vision Foundation, 1999.

KIRK, S.A.; GALLAGHER, J.J. **Educação da criança excepcional**. São Paulo: Martins Fontes. 1996.

MANIDI, M.J.; MICHEL, J.P. **Atividade física para adultos com mais de 55 anos: quadro clínico e programa de exercícios**. São Paulo: Manole, 1998.

MARRANO, M.N.O. **Corporeidade Idosa: O significado do envelhecer no discurso dos idosos da comunidade tirolo-trentina**. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2006.

MASCARO, S.A. **O que é a velhice**. São Paulo: Brasiliense, 1997.

MEIRA, S. A. **Um olhar aquém do envelhecimento: O portador de deficiência múltipla em processo de envelhecimento**. 2002. Dissertação (Mestrado em

Gerontologia) - Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

MEIRELLES, M.A.E. **Atividade física na terceira idade: uma abordagem sistêmica**. Rio de Janeiro: Sprint. 2000.

MELLO, H. F. R. **Deficiente visual: Lições práticas de orientação e mobilidade.** Campinas: Unicamp, 1991. 158p.

MERCADANTE, E. F. A velhice: culturas diversas, temporalidades distintas. **Revista A Terceira Idade**, V.10, p.18-29, 1998.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MOREIRA, W. W. O fenômeno corporeidade: corpo pensado e corpo vivido. In: DANTAS, E.H.M. (org). **Pensando o corpo e o movimento**. Rio de Janeiro: Sharpe, 1994.

MOREIRA, W. W. ; SIMÕES, R. ; PORTO, E. . Análise de Conteúdos: Técnica de Elaboração e Análise de Unidades de Significado. In: **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília - DF, v. 13, n. 4, p. 107-114, 2005.

MONTEIRO, D.M.R. Afetividade, intimidade e sexualidade no envelhecimento. In: FREITAS, E.V. et al (orgs). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MUNSTER, M.A.V. **Esportes na natureza e deficiência visual: uma abordagem pedagógica**. 2004. Tese (Doutorado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

NERI, A. L. Psicologia do envelhecimento: uma área emergente. In: NERI, A. L. **Psicologia do envelhecimento**. Campinas: Papirus, 1995a, p. 13-40.

NERI, A.L. Enfrentamento do stresse, suporte social e bem-estar subjetivo: rumo a velhice bem sucedida. **I congresso Pan-Americano de Gerontologia**. São Paulo, 1995b.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Ed. Alínea, 2001.

NERI, A. L.; CACHIONE, M. Velhice bem-sucedida e educação. IN: NERI, A. L.; DEBERT, G. D. (Org.). **Velhice e sociedade**. Campinas. Papirus, 1999, p. 113 – 140.

OKUMA, S. **O idoso e a atividade física**. 2ª Ed. Campinas: Papirus, 2002.

OLIVEIRA FILHO,C.W; ALMEIDA,J.J.G. Pedagogia do Esporte: Um enfoque para pessoas com deficiência visual. In: PAES, R.R.; BALBINO, H.F. **Pedagogia do Esporte: Contexto e Perspectiva**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.91-110.

OLIVEIRA, R.C.S. Velhice: teorias, conceitos e preconceitos. **Revista A Terceira Idade**. Sesc, ano XIII, n 25, 2002.

PACINI NETO, L. Manifestações oftalmológicas da terceira idade. IN: GUIDI, M.L.M.; MOREIRA, M.R.L.P.(Org). **Rejuvenescer a velhice**. 2ª ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1996.

PILAR, P.G.; RUBI, M.C. **Terceira idade: atividades criativas e recursos práticos**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PORTO, E. **A corporeidade do cego: novos olhares**. Piracicaba: Ed. Unimep/Memnon, 2005.

PORTO, E.; GAIO, R. Qualidade de vida e pessoas deficientes:possibilidades de uma vida digna e satisfatória. In: MOREIRA, W.W.; SIMÕES, R.(Org). **Esporte como fator de qualidade de vida**. Piracicaba: Ed. Unimep, 2002.p.139-147.

RESTACK, R. **Seu cérebro nunca envelhece: descubra como você pode desenvolver todo o seu potencial**. São Paulo: Ed. Gente, 2006.

ROTHENBERG, R.E. **Enciclopédia Médica Ilustrada**. 4ª Edição. São Paulo: Abril, 1977.

SCHIRRMACHER, F. **A revolução dos idosos: o que muda no mundo com o aumento da população mais velha**. Rio de Janeiro: Campus. 2005.

SHEPHARD, R. J. **Envelhecimento, atividade física e saúde**. São Paulo: Phorte, 2003.

SIGNORI, T. L. B. **A deficiência auditiva do idoso e sua implicação na comunicação.** 1989. Dissertação (Mestrado em Comunicação) - Faculdade Comunicação, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1989.

SKINNER, B.F.; VAIGHAN, M.E. **Viva bem a velhice: Aprendendo a programar sua vida**. São Paulo: Summus. 1985.

SPIRDUSO, W.W.; MACKIE, K.S. Saúde, Exercício e Função emocional. In: SPIRDUSO, W.W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. Barueri: Manole, 2005. p. 315-340.

SIMÕES, R. (Qual)idade de vida na (qual)idade de vida. In: Moreira, W.V. (Org). **Qualidade de vida : Complexidade e educação**. Campinas: Papirus, 2001.

SIMÕES, R. Ciência e consciência: tatuagens no do corpo idoso. In: MOREIRA, W.W. (org). **Corpo pressente**. Campinas: Papirus, 1995.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Métodos de pesquisa em atividade física**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TRINDADE, P. M. Pedagogia do Esporte: Contribuições para o Envelhecimento Bem-Sucedido. In: PAES, R.R.; BALBINO, H. F. (Org). **Pedagogia do esporte: contexto e perspectiva.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

VERDERI, E. **O corpo não tem idade: Educação Física gerontológica**. Jundiaí: Ed. Fontoura, 2004.

WAGORN, Y.; THÉBERGE, S.; ORBAN, W.A.R. **Manual de ginástica e bem-estar para a terceira idade: para uma velhice feliz e saudável**. São Paulo: Marco Zero. 1993.

Anexos

FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PROJETO DE PESQUISA CLÍNICA

PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS - Informações adicionais para análise do projeto

Título do Projeto: "O Envelhecer além do que os olhos podem ver".

A. Classificação da pesquisa: assinalar somente 1 (um) item:

a. X estudo clínico observacional	1. ☐ descrição retrospectivo de casos ou série de casos 2. ☐ estudo caso controle (num. Pequeno) 3. x estudo transversal (descrição apenas) 4. ☐ estudo COORTE (descrição com análise e controle) 5. ☐ outro: (4 sem controle)
b. ☐ estudo clínico com intervenção terapêutica	1. ☐ randomizado com controle da intervenção 2. ☐ não randomizado
c. ☐ estudo clínico com intervenção diagnóstica	1. ☐ randomizado com controle da intervenção 2. ☐ não randomizado

d. estudo de saúde pública com intervenção na comunidade
e. ☐ estudo de anatomia ou fisiologia humana em indivíduos vivos
f. ☐ estudo de cadáveres
g. ☐ estudo de tecidos humanos estocados
h. ☐ revisão da literatura
i. ☐ estudo de perfil populacional
j. ☐ outro:

B. Características do estudo: assinalar 1(um) ou mais ítens:

a. ☐ tipo de paciente a ser incluído:	1. ☐ pessoa sadia. 2. ☐ Paciente ambulatorial. 3. ☐ Paciente hospitalizado 4. x Outros Pessoa idosa com deficiência visual

b. ☐ Forma de recrutamento de voluntários:

X Pelo próprio pesquisador
☐ Por terceiros

c. ☐ Meio de recrutamento:
1. ☐ Imprensa escrita ☐ Rádio ☐ TV
2. ☐ Impressos ou cartazes
3. x Contato pessoal (Correio, entrevista etc)

d. Número total de pacientes a serem incluídos= 10 (dispensado quando se tratar de levantamento)

e. Sexo dos pacientes aceitos para estudo ☐ masculino ☐ feminino x ambos

f. Limites de idade aceitos para estudo: 60 mínimo ☐ máximo ☐ sem limitações

g. Envolve alocação de pacientes em grupo controle ☐ sim x não

h. Envolve alocação de pacientes em grupo de placebo ☐ sim x não

i. ☐ Sem contato com pacientes (analisa dados já coletados, dados estatísticos, populacionais ou prontuário médico)

j. ☐ Outros: ☐

C. Outras características do estudo: assinalar 1 (um) ou mais itens:

a. ☐ Envolve análise anatomo-patológica
Nome do patologista responsável ☐

b. ☐ Desenvolvimento de novos formas terapêuticas ☐ ☐ fase I ☐ fase II ☐ fase III ☐ ☐ fase IV

c. ☐ Desenvolvimento ou aprimoramento de terapêutica não medicamentosa

d. ☐ Desenvolvimento ou aprimoramento de novas formas diagnósticas
☐ Diagnóstico por imagem
☐ Laboratorial
☐ Outro: ☐

e. ☐ estudo para entendimento de certa doença e seu tratamento

f. ☐ Novo procedimento cirúrgico

g. ☐ Desenvolvimento de novo equipamento

h. ☐ Levantamento genético

i. ☐ Estudo de comportamento intelectual ou educacional

j. ☐ Pesquisa com embrião

k. ☐ Levantamento epidemiológico

l. ☐ Estudo de nutrição

m. ☐ Estudo de análise econômica ou relação custo beneficio

n. ☐ Estudo de satisfação do cliente

o. ☐ Estudo de provisão de serviços

p. ☐ Estudo de levantamento social

q. ☐ Estudo de formas de promoção de saúde

r. X Pesquisa envolvendo somente questionário

s. ☐ Outros

D. Escala do estudo: assinalar apenas 1 (um) item:

X Centro único

☐ Multicêntrico Nacional (mencionar os outros centros)

☐ Multicêntrico Internacional (mencionar os outros centros)

E. Orçamento detalhado da Pesquisa (atendendo letra J do parágrafo VI.2 da resolução 196/96)

a. ☐ financiada por empresa comercial – mencionar a empresa

1. ☐ com protocolo desenhado pela empresa
2. ☐ com protocolo elaborado localmente

b. ☐ acadêmica e não comercial – órgão financiador ☐ FAPESP ☐ CNPQ ☐ CAPES ☐ FINEP ☐ outros ____

c. X sem financiamento externo

d. ☐ outra agência financiadora (p.ex. Fundações nacionais e internacionais) mencionar ____

e. ☐ outros (mencionar) ____

F. Objetivo acadêmico do estudo: assinalar apenas 1 (um) item)

a. ☐ trabalho de graduação

b. X trabalho de pós-graduação x mestrado ☐ doutorado ☐ livre-docência

c. ☐ especialização

d. ☐ não envolve obtenção de títulos de graduação, pós-graduação ou especialização

e. ☐ outros (mencionar): ____

G. **OUTROS DADOS:** assinalar 1 (um) ou + itens

a. ☐ sim x não Envolve participação de populações **indígenas**

b. ☐ sim x não Envolve aspectos de **biossegurança** definido como uso de organismos geneticamente modificados ou produção de modificações genéticas

c. ☐ sim x não Envolve manipulação de **agentes patogênicos**
Caso positivo: classificação do Laboratório: nível ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV

d. ☐ sim x não Envolve uso e dispensação de material **radioativo**
Caso positivo: está credenciado em algum núcleo de proteção radiológica?
☐ sim ☐ não

e. ☐ sim x não Requer remessa de material biológico para **exterior**

I. AVALIAÇÃO DO RISCO E DESCONFORTOS DA PESQUISA AO PACIENTE - segundo critérios do pesquisador **(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano ou desconforto como conseqüência imediata ou tardia do estudo)**

a . Riscos

X sem risco

☐ risco mínimo (complicações que não interferem com a atividade física ou intelectual de rotina)

☐ risco médio (complicações que interrompem a atividade acima)

☐ risco maior do que médio (risco de hospitalização ou óbito)

b. Desconforto

X mínimo (ex.entrevistas e exames radiológicos)

☐ leve (coleta sangue ou secreções)

☐ moderado(admissão em Hospital, coleta de várias amostras sangue ou repetição de exames, por ex. ginecológico)

☐ intenso (ex. submissão a exames que necessitam de sedação ou anestesia)

c. Procedimentos invasivos a serem realizados

X 0. Nenhum

☐ 1. coleta de secreções

☐ 2. coleta de sangue

☐ 3. biópsias de tecidos

☐ 4. cateterismos vasculares, vesical ou outros cateterismos

☐ 5. outros

J. FORMA DE RESSARCIMENTO DAS DESPESAS DO VOLUNTÁRIO

X não implica em ressarcimento

☐ valor ressarcimento por visita ou evento
(este valor inclui transporte, alimentação, ganho cessantes e indenização pelo desconforto causado pelo evento)

L. DURAÇÃO ESPERADA ATÉ O TERMINO DA PESQUISA - em meses: 24 meses

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,_____RG._-
_____ N°_____residente à (rua, av. praça)_____
_____N°_____
_Bairro--
_____Cidade_____Estado___
___CEP_____Telefone_____Profissão__
_____

Declaro que apresento bom estado de saúde e autorizo voluntariamente, os profissionais que atuam na pesquisa denominada “O envelhecer além do que os olhos podem ver”, cujo responsável é a profa. Dra. Regina Maria Rovigati Simões, a realizarem a entrevista estruturada. Estou ciente de que nesse procedimento os profissionais analisarão somente as respostas apresentadas. As entrevistas serão realizadas gratuitamente. Os resultados obtidos pertencerão exclusivamente a esta Universidade e poderão ser utilizados, respeitando-se as diretrizes da resolução n° 196/96, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares a ela (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000 e 304/2000). Estou ciente que os objetivos da Universidade são de ensino e pesquisa dos alunos e profissionais formados na área de saúde, por isso me submeterei às orientações necessárias. Fui esclarecido (a) de que não há riscos neste procedimento e que as informações contidas nestas fichas são sigilosas, sendo utilizadas apenas os dados gerais sem minha identificação pessoal. Autorizo que os resultados sejam utilizados para a pesquisa e, que os dados obtidos sejam publicados em revistas cientificas especializadas e/ou apresentados em congressos científicos, desde que a minha identidade seja mantida em sigilo. Estou ciente de que tenho a liberdade de me recusar a participar da pesquisa ou de retirar meu consentimento em qualquer fase desta, bem como de abandonar o desenvolvimento da pesquisa, sem penalização alguma. Declaro ainda, que todas estas informações foram lidas e explicadas verbalmente, tendo sido usados termos que permitiram o fácil entendimento do conteúdo deste texto.

Título da Pesquisa: “O envelhecer além do que os olhos podem ver”

Objetivo da Pesquisa:

objetivo geral investigar qual a concepção sobre envelhecimento e envelhecer para pessoas idosas cegas, integrantes do Instituto Luis Braile da cidade de Jundiaí/SP.

Os **objetivos específicos** desta pesquisa são:

- Descrever sobre o entendimento da deficiência visual e suas relações com o envelhecimento;

- Coletar discursos de pessoas idosas cegas que reflitam sobre os temas estudados.

Justificativa:

Este trabalho tem como justificativa, mostrar que a população idosa está aumentando, em decorrência disto, a população idosa com deficiência também irá aumentar. Assim, estamos propondo um trabalho que possa compreender o envelhecer para este grupo.

Procedimentos:

Para um bom andamento da pesquisa, decidi realizá-la em três etapas:

Em um primeiro capítulo realizo a revisão de literatura sobre o envelhecimento, pesquisando o tema por três vertentes, sendo estas: o viés sociológico, o biológico e o psicológico; procurando reunir subsídios para as etapas seguintes.

No segundo capítulo, abordamos a Deficiência Visual, destacando aspectos conceituais, critérios de avaliação e classificação, estrutura e funcionamento do órgão da visão, finalizando com as causas da deficiência visual e suas relações com o envelhecimento.

A seguir entrarei na pesquisa de campo, que será realizada com perguntas padronizadas ou estruturadas aos integrantes da amostra, utilizando como instrumento complementar de coleta de dados. Por fim, descrever todos os relatos das pessoas pesquisadas.

Desconfortos e Riscos:

Poderá ocorrer um pequeno desconforto nas respostas da pesquisa de campo, semelhante a outras entrevistas realizadas para esta população.

Métodos Alternativos:

Não existe método alternativo para este tipo de pesquisa.

Acompanhamento e Garantia de esclarecimento:

Durante a realização da pesquisa sempre haverá um pesquisador para resolver dúvidas eventuais e a qualquer momento vocês poderão entrar em contato com os pesquisadores Regina Maria Rovigati Simões e Alessandro Tosim através do telefone (11-8397-1309).

Ressarcimento e Formas de Indenização:

As despesas necessárias para o desenvolvimento do trabalho serão assumidas pelo pesquisador e também não terá pro labore para os indivíduos pesquisados, pois realizaremos a entrevista na sala cedida dentro da instituição.

Garantia de sigilo:

Para garantir o sigilo, em nenhum momento o nome do aluno ou parte dele será citado no trabalho e as fotos serão utilizadas com tarja nos olhos para impedir a identificação.

Liberdade para se recusar em participar da pesquisa:

O voluntário participante da pesquisa terá total direito em participar ou não da pesquisa. Caso aceite terá total espontaneidade nas respostas, sendo que antes da entrevista o mesmo receberá explicações do que se trata o estudo e como está o seu desenvolvimento.

Após os esclarecimentos e o aceite em participar da pesquisa, as perguntas serão estruturadas, com um padrão de roteiro determinado anteriormente.

Todas as respostas serão gravadas para devidas descrições posteriores.

SUA ASSINATURA INDICA QUE VOCÊ DECIDIU PARTICIPAR DA PESQUISA COMO VOLUNTÁRIO E QUE LEU E ENTENDEU TODAS AS INFOMAÇÕES ACIMA EXPLICADAS.

_____ _____

Nome do voluntário Assinatura do voluntário

_____ _____

Nome do Representante Legal Assinatura do Representante Legal

Documento: _____

ATENÇÃO: A SUA PARTICIPAÇÃO EM QUALQUER TIPO DE PESQUISA É VOLUNTÁRIA. EM CASO DE DÚVIDA QUANTO AOS SEUS DIREITOS ESCREVA PARA O **COMITÊ DE ÉTICA EM PESUISA - UNIARARAS**.

Endereço: Av. Dr. Maximiliano Baruto, 500 – Jd. Universitário – Araras - SP

Declaração

Eu Regina Maria Rovigati Simões, responsável pela pesquisa denominada "**O envelhecer além do que os olhos podem ver",** declaro que:

1. Assumimos o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
2. Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados para atingir o objetivo previsto na pesquisa;
3. Os matérias e dados obtidos ao final da pesquisa serão arquivados sob a responsabilidade do Curso de Mestrado em Educação Física;
4. Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
5. Os resultados da pesquisa poderão ser tornados públicos através de publicações em periódicos científicos ou em encontros científicos, quer sejam favorável ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa;
6. Declaramos para os devidos fins a existência de infra-estrutura necessária para o desenvolvimento da pesquisa citada acima;
7. O CEP da Uniararas será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa por meio de relatório, apresentado anualmente ou na ocasião da suspensão do trabalho com a devida justificativa.

Araras, 24 de abril de 2006.

_____

Regina Maria Rovigati Simões
CPF. 025.020.778-85

* Todas as declarações devem ser preenchidas no computador, alterando os espaços necessários.

Declaração de Responsabilidade da Instituição

Declaro a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado "**O envelhecer além do que os olhos podem ver"**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Regina Maria Rovigati Simões, que o Universidade Metodista de Piracicaba-UNIMEP, conforme Resolução CNS 196/96, assume a responsabilidade de zelar para que o(s) pesquisador (es) cumpra(m) os objetivos do projeto por meio de acompanhamento do departamento de origem do(s) pesquisador (es) com relatório anuais enviados ao CEP e a Coordenação do Curso de Educação Física.

De acordo e Ciente,

Araras, 24 de abril de 2006.

_____

Ademir De Marco

Coordenadora do Curso de Mestrado em Educação Física

* Todas as declarações devem ser preenchidas no computador, alterando os espaços necessários.

Declaração de Consentimento para uso da (clínica, hospital, outros) (responsável do local onde a pesquisa será realizada).

Declaro a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado "**O envelhecer além do que os olhos podem ver**" sob a responsabilidade do pesquisadora Regina Maria Rovigati Simões, que o **Instituto Jundiaíense Luiz Braille** permite o uso de suas instalações bem como a realização de entrevista estruturada aos seus pacientes.

De acordo e ciente.

Araras, 24 de abril de 2006.

_____

(Nome do (a) responsável)

(com carimbo)

* Todas as declarações devem ser preenchidas no computador, alterando os espaços necessários.

TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES RESPONSÁVEIS DE CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO N° 196/96 DO CONEPE

Eu, Regina Maria Rovigati Simões, responsável pela pesquisa denominada "**O envelhecer além do que os olhos podem ver",** declaro que cumprirei os Termos da Resolução Nº196/96, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Araras, 24 de abril de 2006.

_____

Regina Maria Rovigati Simões

* Todas as declarações devem ser preenchidas no computador, alterando os espaços necessários.

TERMO DE COMPROMISSO DA INSTITUIÇÃO DE CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO N° 196/96 DO CONEPE

Eu, Ademir De Marco Coordenador (a) do Curso de Mestrado em Educação Física da Universidade Metodista de Piracicaba-UNIMEP, para efeito da pesquisa "**O envelhecer além do que os olhos podem ver"** declaro o compromisso de fazer cumprir os Termos da Resolução nº196/96, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Araras, 24 de abril de 2006.

_____

Ademir De Marco

Coordenador (a) do curso de Mestrado em Educação Física

* Todas as declarações devem ser preenchidas no computador, alterando os espaços necessários.

Piracicaba, 25 de maio de 2006.

A/C

Comitê de Mérito Científico da Uniararas,

Venho por meio desta pontualizar aos pareceres feitos ao projeto de pesquisa intitulado "**O envelhecer além do que os olhos podem ver**", da pesquisadora responsável Profª Drª. Regina Maria Rovigati Simões.

- Quanto ao "formulário para submissão de projeto de pesquisa clínica envolvendo seres humanos", o item D (Escala de estudos), já realizei a alteração sugerida, conforme anexo;
- Quanto ao termo de consentimento, declaro que foi acrescentado ao termo que tudo será lido para os participantes da pesquisa, como mostra na penúltima linha. Em relação à assinatura, pessoas com cegueira geralmente assinam seus documentos ou colocam o dedo polegar com tinta de carimbo conforme lei governamental;
- Relacionado à introdução do trabalho, já realizei as alterações sugeridas: a formatação em três páginas e as perguntas apresentadas como forma de hipóteses foram alteradas para (Será que os idosos cegos tem a concepção do que significa envelhecer? Se possuem, o seu discurso condiz com a teoria estudada?).
- Quanto às questões sobre o envelhecimento, acrescentei no projeto um pequeno resumo sobre os vieses: sociológico, psicológico e biológico. Lembrando que este capítulo está em construção;
- Relacionado às bibliografias apresentadas, já foram realizadas as alterações, sendo colocado no projeto de pesquisa apenas as referencias utilizadas e algumas que faltavam;
- Quanto ao plano de recrutamento dos sujeitos: Em uma visita informal, fui ao Instituto Luis Braile e constatei que na instituição existe a população necessária para o desenvolvimento da pesquisa. No entanto, utilizarei aproximadamente 15 idosos cegos, desde que se enquadrem nos critérios de inclusão.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Como critérios de inclusão definiram os seguintes itens:

- A pessoa terá que apresentar idade superior a 60 anos;
- Cegueira congênita ou adquirida antes dos 30 anos;
- Ter total liberdade para o aceite em participar ou não da pesquisa;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo).

- Quanto às perguntas geradoras, as mesmas foram criadas pelo fato da pessoa idosa cega não ter memória residual. Assim, idosos cegos que adquiriram a deficiência antes dos 30 anos de idade não terão a imagem corporal de uma pessoa idosa, apenas terão o esquema corporal da mesma; Portanto, a primeira questão (Como você entende o envelhecimento?) está relacionada ao envelhecimento biológico, psicológico e social das pessoas que estão no seu ambiente diário, já a segunda questão (O que é envelhecer para você?) está relacionado às questões biológicas, psicológicas e sociais das pessoas entrevistada.
- Relacionado aos resultados apresentados, estou me referindo às teorias referentes ao envelhecimento pelos vieses biológicos, psicológicos e sociológicos. No entanto, queremos analisar se a concepção que a pessoa está relatando sobre o envelhecimento está condizente com as teorias estudadas.

Atenciosamente,

Regina Maria Rovigati Simões
Pesquisadora responsável

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo