PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS GRADUADOS EM GERONTOLOGIA

NÁDIA LOUREIRO FERREIRA

Medo da Velhice:
A relação entre o envelhecer e a demanda pela beleza jovial

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

São Paulo
2010

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS GRADUADOS EM GERONTOLOGIA

NÁDIA LOUREIRO FERREIRA

Medo da Velhice:
A relação entre o envelhecer e a demanda pela beleza jovial

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação da Profª Drª Suzana Aparecida Medeiros.

São Paulo
2010

BANCA EXAMINADORA

_____

_____

_____

Devo dizer que este trabalho só foi possível porque muita gente, muita gente mesmo, acreditou que eu poderia finalizá-lo, quando minhas esperanças estavam se esgotando.

AGRADECIMENTOS

Há tanta gente para agradecer. Não quero deixar de fora nenhuma das pessoas que me acompanharam, ao longo destes anos, mas é difícil nomear todos.

Quero começar pelos meus pais que conviveram com minhas angústias e minha falta de tempo para eles. Ao meu irmão e minha cunhada a quem acabo sempre dando trabalho. Agradeço e peço desculpas.

Agradeço a minha orientadora e amiga Profª Drª Suzana Aparecida da Rocha Medeiros: obrigada principalmente por sua paciência e apoio nos momentos difíceis.

Agradeço ao Raphael Cangelli, meu eterno professor, que tem me apoiado e incentivado desde a graduação em Psicologia, há muitos anos.

Agradeço aos meus tios e tias, que tantas questões e respostas me colocaram sobre o envelhecimento: muito obrigada por suas presenças em minha vida.

Aos muitos e sempre amigos com suas dicas intelectuais pertinentes: foi muito importante poder confiar.

Agradeço às pessoas que entrevistei, sinto-me grata a todas.

Amigos e amigas são vários a agradecer, seria injusto querer nomeá-los e cometer omissões, destaco do ambiente acadêmico, os companheiros que viveram a experiência do mestrado, ao mesmo tempo que eu: fomos quase “almas gêmeas” a dividir e compartilhar as mesmas angústias, na mesma área de atuação – do fazer história.

Da academia, agradeço a todas professoras do curso de Gerontologia por todo ensinamento e colaboração que recebi.

Quero ainda, registrar meus expressivos agradecimentos ao Cnpq e exaltar o importante papel desempenhado por esse órgão, ao me conceder a Bolsa de Estudos que possibilitou-me cursar o Mestrado e desenvolver a presente dissertação.

RESUMO

NÁDIA LOUREIRO FERREIRA. Medo da Velhice: A relação entre o envelhecer e a demanda pela beleza jovial. São Paulo, 2010.

O estudo preocupa-se com as questões do processo de envelhecimento e da velhice e a aparência e beleza física. O recorte define-se por ser prospectivo, descritivo e qualitativo, com profissionais que atuam na área da beleza (estética, cosmética, saúde e comunicação), de diferentes formações: psicologia, medicina, jornalismo e engenharia química, dentre outras, de ambos os sexos e idades entre 35 e 50 anos, na cidade de São Paulo, em 2010. Dez sujeitos responderam a um inquérito via internet, posteriormente, dois deles gravaram entrevistas. A análise qualitativa foi realizada a partir de levantamento do SPAD.T, que mapeou os contextos descritos pelos sujeitos em suas narrativas. Definiram-se duas (2) categorias analíticas e três subcategorias para a discussão qualitativa. O estudo objetivou retratar o medo da velhice. As narrativas dos sujeitos, homens e mulheres, com idade média de 42,5 anos, de formação superior, oriundos de profissões diferenciadas, mostraram que o envelhecimento pode significar uma ameaça a integridade física, psicológica e mental, trazendo por conseqüência o medo iminente da degradação, degeneração e morte, ou seja, medo da fase que caminha para o final da vida: a velhice. Pode-se inferir que o discurso médico, funcionalista e positivista, associado ao da mídia atual e ao assédio mercadológico, são agentes impactantes na cultura da jovialidade, do corpo belo, saudável, ou seja, sob o paradigma biológico e estético, vigente no estatuto cultural contemporâneo.

Palavras-chave: beleza jovial, processo de envelhecimento, velhice.

ABSTRACT

NÁDIA LOUREIRO FERREIRA. Fear of Ageing: The relationship between ageing and the demands of staying young. São Paulo, 2010.

This study is concerned with the ageing process and issues related to old age, physical beauty and outward appearance. A prospective, descriptive and qualitative analysis was used through interviews with professionals working in the beauty industry (aesthetics, cosmetics, health and media) from diverse educational backgrounds such as psychology, medicine, journalism and chemical engineering, among others, of both sexes, aged between 35 and 50 years old, from the city of São Paulo in 2010. Ten subjects responded to a questionnaire via the internet and later two of them gave a recorded interview. The qualitative analysis was conducted from the SPAD.T survey, which mapped out the contexts described by the subjects in their responses. Two analytical categories and three subcategories were defined for the qualitative discussion. The study sought to examine the fear of ageing. The responses of male and female subjects with average age of 42.5 years, with a university degree and diverse professional backgrounds showed that ageing can mean a threat to their physical, psychological, and mental integrity leading to an imminent fear of physical degeneration, decay and death, namely, the fear of the last phase of human life: old age. One can infer that the medical discourse – often with a functionalist and positivist approach – associated with the current media and marketing exposure are key elements that impact on the youth culture of a beautiful, healthy body under the biological and aesthetical paradigm that exists within contemporary cultural rules.

Related words: Young beauty, ageing process, old age.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da freqüência de profissionais que atuam na área da beleza por sexo e idade. São Paulo, 2010 (n=10).....51

Gráfico 2 - Distribuição da freqüência de profissionais que atuam na área da beleza por formação profissional e idade. São Paulo, 2010 (n=10).....51

Gráfico 3 - Distribuição da freqüência de profissionais que atuam na área da beleza por formação profissional e sexo. São Paulo, 2010 (n=10).....52

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....1

CAPÍTULO I
1. BELEZA JOVIAL.....8
1.1 O que é Beleza?.....8
1.2 Medicina da Beleza.....10
1.2.1 Cirurgia Plástica Estética.....14
1.2.2 Corpo Ideal.....14
1.3 Imagem Corporal.....16

CAPÍTULO II
2. MEDICALIZAÇÃO DO ENVELHECER.....22
2.1 Aspectos Biológicos.....22
2.2 Senescência.....24
2.3 Senilidade.....29

CAPÍTULO III
3. REFLEXÕES SOBRE A VELHICE.....32
3.1 Contexto Histórico.....33
3.2 Quebra da “Conspiração do Silêncio”.....35
3.3 Ignorarmos Quem Seremos.....39

CAPÍTULO IV
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....42
4.1 Tipo de Estudo.....42
4.2 Pesquisa de Campo.....45
4.21. Primeira etapa.....45
4.2.1.1 Critérios de Inclusão dos Sujeitos.....45
4.2.1.3 Identificação da Amostra.....45
4.2.1.4 Coleta das Informações.....46
4.2.2 Segunda etapa.....46
4.2.2.1 Critérios de Inclusão dos Sujeitos.....46
4.2.2.2 Critérios de Exclusão dos Sujeitos.....46
4.2.2.3 Identificação da Amostra.....46
4.2.2.4 Coleta das Informações.....47
4.2.2.5 Técnica de Gravador.....48
4.3 Análise das Informações.....48

CAPÍTULO V
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....50
5.1 Perfil da Amostra.....50
5.2 Análise Qualitativa.....53
5.2.1 A fotografia do envelhecimento.....53
5.2.2 O velho visto pelo outro.....54
5.2.3 A relação entre o envelhecer e a demanda pela beleza jovial.....57

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....64

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....68

ANEXO 1
REGRAS PARA COMPOSIÇÃO DOS ARQUIVOS DE DADOS DO SPAD.T..77

APÊNDICE 1
QUESTIONÁRIO VELHICE E ENVELHECIMENTO.....78

APÊNDICE 2
ROTEIRO DE ENTREVISTA APARÊNCIA E BELEZA FÍSICA.....79

APÊNDICE 3
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....81

INTRODUÇÃO

Em função de morar no interior, em algumas férias e quase todo fim de semana vínhamos para São Paulo, meus pais e eu, ficávamos em casa de minha avó paterna. Além de nós, hospedes freqüentes, reuniam-se ali, amigos, irmãos e cunhados de minha avó, todos imigrantes portugueses.

A faixa etária variava de 58 à 75 anos, todos se reuniam ali para conversar, jogar “buraco” e conviver. Como o número de pessoas sempre excedia o número necessário de jogadores, sempre sobravam alguns para me fazer companhia.

Conversavam e brincavam comigo, tinha apenas 02 anos a essa altura, e eles buscavam tornar divertido o tempo em que ali estávamos, eram meus amigos de folguedos.

Em outras datas, esses meus companheiros se juntavam a outros irmãos e irmãs de meu pai, outros tios e todos os meus primos, passávamos juntos grandes temporadas convivendo em total harmonia as mais diversas faixas etárias, divertíamo-nos bastante. Outras vezes, reunímo-nos com a família de minha mãe, meus avós maternos sempre tinham histórias para contar, de seus pais, avós...

Meu avô materno, imigrante português, que menino, 12 anos, veio para o Brasil e tinha muitas lembranças de sua terra, contava estórias de seus avós, muitas lendas e mitos do vilarejo onde nasceu. Já minha avó, nascida e criada em fazenda no interior e posteriormente em colégio interno, relembrava coisas de sua infância e mocidade.

Tal convívio me era natural e o envelhecer saudável, ser velho jamais me foi mostrado como outra coisa que não mais uma etapa do desenvolvimento e da vida. Ouvir seus pensamentos, sonhos, visão de mundo, suas histórias de vida, sempre me pareceu natural, alegre, saudável, um tempo feliz, que apenas mais recentemente na década de 90, com o falecimento de avós e tios-avós, fui entendendo essa etapa da vida de forma diferente.

Ainda hoje convivo com meus tios e meus pais todos entre 70 e 80 anos, lúcidos e ativos. Viajamos e saímos juntos, nos reunimos em festas familiares. Longevidade em minha família é comum, ainda que esses meus primeiros companheiros de folguedos tenham partido, viveram bem e bastante, todos viveram com lucidez e saúde até além de 90 anos.

Essa relação me foi muito benéfica e ao iniciar meu trabalho como Psicóloga em instituição hospitalar, percebi que eu compreendia meus pacientes idosos de forma diferente das outras pessoas da equipe de saúde. Seus medos, vergonhas, ansiedades e preocupações para mim eram claras, enquanto o restante da equipe de saúde tinha dificuldades para compreendê-los, agiam de forma preconceituosa, infantilizadas e considerando moral e a visão de mundo igualmente as suas, o que atrapalhava de forma significativa a relação com tais pacientes.

Para a equipe de saúde a nudez e a exposição eram naturais, porém para as pessoas nascidas e criadas no inicio do século passado (1900), era uma agressão; provocava aumento de pressão arterial e glicemia, em alguns casos ansiedade, depressão e até mesmo confusão mental. A dificuldade de comunicação e compreensão acarretava uma série de problemas desnecessários.

Após reconhecer e compreender tais diferenças, iniciei um trabalho de esclarecimento e orientação junto a médicos, enfermeiros e auxiliares que trouxe uma boa melhora á situação dos idosos ali internados.

Fui conhecer o significado da palavra “velho”, que até então não me parecia pejorativa ou impregnada de preconceitos. Em 1993, ao começar meu trabalho em hospital Geral, pois em 1992, em estágios obrigatórios no Instituto Brasileiro do Câncer, e também no Hospital Nossa Senhora da Pompéia, não atuei com idosos.

Em 1993 ao instalar o Serviço de Psicologia no Hospital e Maternidade Modelo, propus que pacientes cirúrgicos da Ortopedia além de atendimento Psicológico pré e pós cirúrgico, por serem idosos e ficarem acordados durante o procedimento, recebessem atendimento peri-cirúrgico, isto é durante a cirurgia.

Em 1994 iniciei trabalho em uma Clínica de Cirurgia Plástica Estética e Reparadora, onde pude acompanhar pacientes de cirurgia estética que demonstravam vaidade excessiva, receios de enfrentar a passagem do tempo e as mudanças acarretadas por ele. Tal atuação possibilitou a apresentação de trabalho para a defesa de meu titulo de especialista em Psicologia Hospitalar no *Sedes Sapientae*, 1995.

Em meados de 2007 me reorganizei para iniciar o mestrado em Gerontologia na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), curso que veio de encontro ao meu desejo de aprimoramento e que tem do idoso a concepção que eu acredito, de que somos mais do que idade cronológica.

Concomitantemente, voltei a enfrentar em família (agosto 2007), a partir de internação hospitalar e diagnóstico de sério problema cardíaco de meu pai, a necessidade de rever posturas pessoais, formação e visão dos profissionais de saúde e social que atuam junto a idoso, familiares, amigos, quanto à visão do idoso, sua visão de mundo, o envelhecer, seu direito a ser informado, ser ouvido, suas opções.

Essa situação de espectadora e participante remeteu-me aos dados constantes do Dossiê Universo Jovem, da MTV, realizado no Brasil, desde 1999, para conhecer os valores, as atitudes e o comportamento do jovem.[1]

A pesquisa mostrou que os jovens começaram a aderir às cirurgias plásticas, lipoaspirações, silicones, regimes radicais, exercícios físicos constantes e que as academias viraram templos de exposição e culto ao corpo, enquanto sites sobre anorexia expõem imagens e "dicas" de como não deixar que seus pais atrapalhem sua opção perante novos hábitos alimentares e novo visual físico.

A batalha pela beleza e a vaidade assumida leva a posturas mais extremadas, tanto junto ao público feminino quanto ao masculino. O que chamou minha atenção para desenvolvimento do presente estudo foi: se jovens com idade entre 13 e 30 anos têm essas preocupações, que dirá a geração que já está caminhando para a fase da velhice, a que se encontra entre 35 e 50 anos de idade?

Paralelamente necessitava de buscar embasamento teórico para traduzir meu raciocínio. Tal processo levou-me a reconhecer as diversas teorias que participam na formação de crenças e valores sobre beleza, velhice e o processo de envelhecimento dos indivíduos e possivelmente promovem o medo da velhice na sociedade contemporânea.

Como há interferência de tais crenças e valores na visão da sociedade, da família, da comunidade e de profissionais das diferentes áreas, a respeito da beleza e aparência física, na velhice e no processo de envelhecimento é efetuada a somatória de conceitos, de promotores de cultura e educação, destacando a grande a influência de meios de comunicação (revistas, jornais, TV, cinema) que acabam por privilegiar modelos estéticos, comportamentais e/ou cronológicos.

Essas interferências, por vezes, transformam o envelhecer em fardos emocionais para os indivíduos, induzindo-os à baixa-estima à angústia, a processos

[1] Acesso em 12/10/1009. Disponível em: http://www.aartedamarca.com.br/Dossie4_Mtv.pdf

depressivos que propiciam maior desgaste, tanto na relação consigo mesmo como na relação com o mundo exterior, com o outro.

Já o medo (ou angústia) humano está relacionado à pulsão de morte e a ansiedades de origem sexual, concluiu Freud (1978). O acúmulo de energias psíquicas libidinal e proveniente do instinto de morte intensificam a angústia, uma vez que este medo não pode ser extravasado como agressividade.

Esse tipo de angústia, o medo por projeção no objeto, segundo Freud (1978), não corresponde ao conceito de medo inato - este é um medo desencadeado por motivos inatos, determinados por adaptação filogenética observada no nível populacional, traduzindo-se nas modificações experimentadas pelas populações ao longo de gerações sucessivas.

Isso remete a outra pesquisa instigante, realizada em 2008, pelo Grupo HSBC (Hongkong and Shanghai Banking Corporation) intitulada "O Futuro da Aposentadoria - Investindo na Melhor Idade", na qual foram ouvidas 21 mil pessoas em todo o mundo, divididas entre ativas (de 40 a 59 anos) e aposentadas (de 60 a 79 anos). O resultado de destaque na mídia foi que “Trabalhadores: 69% dos brasileiros têm medo de não ter dinheiro na velhice”; do total são mil no Brasil, destes 79% “ainda temem a dependência na velhice”.[2]

Além disso, 76% das pessoas que trabalham no País temem doenças e/ou incapacidades na velhice, ao passo que entre os já aposentados este número é de 72%. Em ambos os casos, o temor sobre esses fatores é maior entre as mulheres.

Todo trabalho que tem o ser social como centro de interesse deve, buscar as causas de suas necessidades e não apenas tentar sanar efeitos de seus problemas, que são em última análise resultantes das mesmas causas.

Outro ângulo, mais divulgado, que também deve ser considerado, é que a doença, a fragilidade, a dependência, o declínio, a solidão, a improdutividade de parte dessa população são condições negativas que geram avaliações negativas, porque se contrapõem a valores como o bem estar das pessoas mais jovens que são os modelos de aparência e beleza física.

Ainda que esse ângulo seja factível a qualquer fase da vida é usado como vertente unicamente do envelhecer e ser velho.

---

[2] Acesso em: 04/11/2009. Disponível em: *http://www.clubedopairico.com.br/forum/viewtopic.php?p=43888&sid=35c604cd353cb2ae82e86657a3c6e104*.

Ao introduzirmos o termo beleza como parte do tema a ser estudado, o conceito passou a constituir um novo problema. A que beleza estamos nos referindo?

Uma resposta quase que imediata seria a descrição das qualidades estéticas entendidas e enaltecidas atualmente como belas, explicitadas nos atributos físicos dos indivíduos jovens, tidos como belos pela sociedade em geral, constantemente veiculados pela mídia.

Nesse sentido, beleza equivaleria a menor porcentagem de gordura corporal possível, nádegas e seios grandes e empinados, músculos definidos, pele bronzeada, lábios grossos, ausência de celulite, de estrias, de qualquer mancha ou espinha na pele (por menores que sejam), e de qualquer característica que denote idade, como rugas, vincos no rosto, marcas de expressão e flacidez.

Neste trabalho, será adotado o conceito proposto por Duarte Jr. (1998): "Beleza é uma maneira de nos relacionarmos com o mundo". Não caberá a este trabalho, arbitrar pró ou contra pretensas definições do conceito filosófico e estético de beleza, o que não o isenta de apresentar parâmetros e referências próprias de beleza apresentadas nos resultados, por certo intensamente influenciadas pelos padrões de tempo e cultura, tanto dos sujeitos deste estudo quanto da pesquisadora.

Assim, o tema em pauta "medo da velhice", preocupa-se com as questões do processo de envelhecimento e da velhice, bem como da aparência e beleza física. O recorte deste estudo define-se por ser prospectivo, descritivo e qualitativo, com profissionais que atuam na área da beleza (estética, cosmética, saúde e comunicação), de diferentes formações, tais como psicologia, medicina, jornalismo e engenharia química, dentre outras, de ambos os sexos e idades entre 35 e 50 anos, na cidade de São Paulo, em 2010. Realizado inicialmente com 10 sujeitos, que responderam a um inquérito via internet sobre velhice e envelhecimento. Posteriormente foram gravadas entrevistas com dois destes sujeitos, desse grupo, sobre aparência e beleza física.

A análise qualitativa das informações coletadas, tanto na primeira quanto na segunda etapa da pesquisa, foi realizada a partir de levantamento do SPAD.T[3] que mapeou os contextos descritos pelos sujeitos em suas narrativas.

---

[3] *SystŠme Portable pour l'Analyse des Donn* (SPAD.T es Copyright (C) CISIA, 1989, 1993 - Version 1.5) programa específico para tratamento de dados qualitativos em Ciências Sociais.

O SPAD.T detectou as frases mais características das falas dos sujeitos, as quais foram classificadas em categorias analíticas, definidas a partir das concepções de Néri (2001) sobre o tema estudado. Definiram-se, portanto, duas (2) categorias analíticas para a discussão qualitativa deste estudo, assim eleitas:

- Concepção Positiva, na qual a velhice é uma ocasião para colheita dos frutos plantados ao longo de toda a existência.
- Concepção Negativa, quando a velhice é um período de isolamento e de desistência da vida.

No entanto, a apresentação e análise dos resultados qualitativos se darão a partir das duas categorias, concepção positiva e concepção negativa, e de três sub categorias, identificadas após leitura criteriosa dos recortes levantados do arquivo de dados do SPAD.T, composto pelas narrativas dos sujeitos deste estudo.

O estudo tem por objetivo geral demonstrar o retrato do medo da velhice descrito por profissionais que atuam na área da beleza (estética, cosmética, saúde e comunicação), na cidade de São Paulo, em 2010. Tem por objetivos específicos:

1. Conhecer os meios utilizados por profissionais que atuam na área da beleza para retardar ou esconder o envelhecimento.
2. Descrever concepções sobre o envelhecimento e velhice segundo profissionais que atuam na área da beleza.
3. Caracterizar a imagem do velho visto pelos profissionais que atuam na área da beleza.
4. Definir categorias analíticas que estabeleçam concepções sobre o processo de envelhecimento e velhice e aparência e beleza física.
5. Detectar o contexto que propiciou o surgimento da busca e manutenção da beleza jovial para estes profissionais.
6. Contribuir para o conhecimento interdisciplinar sobre envelhecimento, velhice e beleza jovial em nosso meio social.

Justifica-se esta pesquisa por focar a questão do processo de envelhecimento populacional, centrado na problematização da longevidade humana que exige preparação para a velhice.

Se os adultos que estão prestes a iniciar a fase da velhice, sentem dificuldades ao enfrentar o assunto ou já sofrem de gerontofobia (medo persistente, anormal e injustificado de envelhecer) ou morfofobia (fobia da própria forma, ou seja,

aversão à auto imagem)[4] é necessário aprofundar o conhecimento sobre o tema para buscar estratégias visando a saúde emocional desses indivíduos, que serão cada vez mais longevos.

A trajetória do estudo, nesse sentido, busca no Capítulo I, Beleza Jovial, apreender conceitos sobre o que é Beleza, Medicina da Beleza, bem como Imagem Corporal.

O Capítulo II, Medicalização do Envelhecer, configura aspectos biológicos do envelhecimento da população, abordando senescência e senilidade.

Por ser percebida como fenômeno natural e social, fundada num campo de valores, implicando em ética, política e estética da existência, a Velhice será contextualizada historicamente no Capítulo III, intitulado: Reflexões sobre a Velhice.

Procedimentos Metodológicos, Capítulo IV, descreve a trajetória do estudo quantitativo e qualitativo, apresentando as concepções teóricas de abordagem e o conjunto de técnicas para a apreensão da realidade estudada.

A Apresentação e Análise dos Resultados deram-se no Capítulo V, por meio de gráficos e recortes das narrativas dos sujeitos, que melhor caracterizam o retrato da relação entre o envelhecer e a demanda pela beleza jovial, permitindo a apreensão do medo da velhice para profissionais que atuam na área da beleza, na cidade de São Paulo, 2010. Esses recortes, detectados a partir do método analítico informatizado SPAD.T., foram classificados em duas categorias analíticas constituidas a partir das concepções e crenças sobre tema, nas quais o indivíduo pode encarar a chegada à velhice de forma positiva ou negativa e por fim são destacadas as Considerações Finais.

[4] Definições descritas no site: http://pt.wikipedia.org/wiki/ Acesso em: 23/05/2010.

CAPÍTULO I
BELEZA JOVIAL

A beleza jovial tem se tornado algo a ser conquistado pelos indivíduos contemporâneos, principalmente nos grandes centros urbanos. Hoje, as celebridades, de modo geral, são valorizadas por serem consideradas belas, independentemente de terem outras competências.

As academias de ginástica, os consultórios dos cirurgiões plásticos e os centros de tratamento estético, ou seja, a Medicina da Beleza faz parte de um mercado em franca expansão, considerada fábrica produtora de um corpo ideal.

A explosão de produtos voltados para o emagrecimento ou aumento da massa muscular vem diariamente colocar em cheque nossa satisfação com nossos corpos, por meio de campanhas publicitárias ostensivas nos meios de comunicação.

A imagem padrão se destina a todos aqueles que as veem e, por meio de um diálogo incessante entre o que veem e o que são, os indivíduos insatisfeitos com sua aparência são cordialmente convidados a considerar seu corpo defeituoso (MALYSSE, 2002).

Isso pode favorecer o estabelecimento de um grupo de pessoas estigmatizadas. A atitude de disfarçar a real aparência sugere que tais pessoas tentam, como afirma Goffman (1988), manipular sua identidade, para assim aumentar suas chances de aceitação social.

Importante salientar que essa pressão não incide exclusivamente sobre aqueles empenhados na busca por um corpo ideal, mas atinge a todos nós, de forma mais ou menos intensa, ao tentarmos atingir ou manter determinada aparência, ao encobrirmos possíveis imperfeições, ou na obstinação pela valorização pessoal, por não sentirmos que expressamos o padrão esperado e desejado publicamente.

1.1 O que é Beleza?

A história humana, ainda que muito superficialmente, descreve ao longo do tempo a diversidade de qualidades estéticas enaltecidas, cada qual em seu tempo e

cultura. Seria então de fato bela essa aparência cultuada atualmente? Em suma, o que é beleza?

A beleza pode ser conceituada como um produto da relação sujeito e objeto. A beleza diz respeito à forma como nos relacionamos com os objetos. Assim, são retirados dessa categoria os pressupostos de qualidades mensuráveis, quantificáveis e normatizáveis, fazendo com que a "essência" da beleza se dê na relação (DUARTE JR., 1998).

Nas palavras de Duarte Jr. (1998), "Beleza é uma maneira de nos relacionarmos com o mundo. Não tem a ver com formas, medidas, proporções, tonalidades e arranjos pretensamente ideais que definem algo como belo".

Centrando a questão da definição de padrões estéticos no universo da beleza corporal, Queiroz e Otta (1999) explicitam a premência das especificidades culturais envolvidas na eleição de parâmetros para análise estética inscritas em diferentes sociedades. Tomando o corpo humano como um artefato cultural, afirmam que:

> Respeitando certos limites, cada cultura define a beleza corporal à sua própria maneira, ocorrendo o mesmo, com a classificação e a avaliação das diferentes partes do corpo e as decorrentes associações estabelecidas entre tais partes e determinados atributos, positivos ou negativos (QUEIROZ; OTTA, 1999).

Os limites a que os autores se referem são de natureza bioevolutiva. Nesse sentido, Etcoff (1999) acredita haver um substrato biológico determinante no estabelecimento de parâmetros estéticos de atratividade que, pelo processo evolutivo da raça humana, universalizaram-se.

Ao referir-se a tais condicionantes psicobiológicos universais, o fator saúde ganha especial destaque. Os defensores dessa visão biologicista sustentam suas teorias em um raciocínio evolucionista. Para eles, em um dado momento histórico, o homem, ainda primata, tinha suas mais bem sucedidas proles com indivíduos possuidores de determinadas características estéticas.

Dessa forma, desenvolveu-se uma espécie de condicionamento biopsicosocial de atratividade por essas características, as quais seriam evidências de boa saúde, e que incluiriam cabelos espessos, corpo viril, pele saudável e, no caso da mulher, quadris largos, pois seria assim "boa parideira", dentre outras.

A vasta polimorfia de estéticas enaltecidas em tempos e culturas diferentes na história humana, ficaram evidente, em contraponto à visão biologicista, a enorme relevância, e por que não dizer a primazia, de aspectos históricos e culturais na composição dos padrões estéticos vigentes; uma vez que, não raramente, padrões enaltecidos em diversas culturas quebram com essa possível relação saúde-beleza.

Malysse (2002) evidencia esse fato ao afirmar que, na atualidade, “Mesmo gozando de perfeita saúde, seu corpo não é perfeito e deve ser corrigido por numerosos rituais de autotransformação, sempre seguindo os conselhos das imagens padrões veiculadas pela mídia”.

Com a objetivação do padrão de beleza como uma instituição, a adoção da teoria de determinação biológica pode acabar por naturalizar o padrão de beleza atualmente cultuado e, dessa forma, criar um universo de significações cada vez mais escasso de possibilidades de novas construções estéticas por parte dos indivíduos.

Como afirmam Berger e Luckmann (1999), em relação às significações, quanto mais se julga a conduta como certa e natural tanto mais se restringem “as possíveis alternativas dos programas institucionais, sendo cada vez mais predizível e controlada a conduta”.

A partir dessas considerações, beleza é considerada como um constructo social, produzido por um grupo específico, localizado em um determinado lugar, em um momento histórico situado (SPINK; MENEGON, 1999).

Com isso, a naturalização da beleza implica uma conceituação ideológica, potencialmente a serviço de um grupo dominante, levando, assim, a um grande risco de incidência de afirmações preconceituosas em relação às pessoas que não reflitam a imagem padrão considerado natural.

1.2 Medicina da Beleza

Apenas recentemente o discurso médico se pronunciou sobre a beleza como objeto único e central de uma área médica, a Medicina da Beleza. Segundo Rohden (2001):

> A imagem médica da beleza feminina se confundia com a representação da boa esposa e mãe produtora de muitas crianças. Sua feminilidade se refletiria em um corpo arredondado, volumoso, seios generosos, ancas

> desenvolvidas, características da maternidade. Os médicos 'constatam', impressionados, como a beleza ideal das mulheres é delineada pela natureza em virtude da função primordial que lhes cabe (ROHDEN, 2001).

Por sua vez, para o discurso médico-higienista do fim do século XIX e início do século XX, a beleza está associada a valores da moral católica, como a pureza e a limpeza (FOUCAULT, 2003). Nesse período, a aparência física é tida como um dom divino, e não como uma conquista ou uma possibilidade individual:

> Fora deste uso e para além das prescrições médicas, que incluem a higiene do corpo e a cultura física, o embelezamento corre o risco de denotar uma moral duvidosa (SANT´ANNA, 1995).

Por isso, na história da Medicina da Beleza observa-se que durante muitos anos a cirurgia para fins meramente estéticos era considerada uma imoralidade pelos próprios cirurgiões plásticos, hoje é regularizada, reconhecida e cada vez mais procurada pelos médicos.

Há vários aspectos que se relacionam a essa mudança de percepção sobre a Medicina da Beleza. Um deles é que a aparência física passa a ter outra conotação na sociedade ocidental nesse período, que Eco (2004) denomina de Beleza do Consumo, quando os ideais de beleza são determinados pelo interesse econômico.

Os números que comprovam a apropriação da beleza pelo mercado são impressionantes. As indústrias de cosméticos e de dietas estão entre as que mais crescem em todo o mundo e com a Medicina da Beleza não é diferente (WOLF, 1992).

Segundo a *American Society For Plastic Súrgenos (*ASPS, 2004), em 2003 foram realizados mais de 8,7 milhões de procedimentos estéticos, dentre os quais: quase três milhões de injeções da toxina botulínica, 320 mil lipoaspirações e 254 mil aumentos de mamas.

A tendência é o aumento dessas intervenções em faixas etárias cada vez mais precoces. Nos EUA, foram realizadas 3.841 cirurgias para aumento de mamas em meninas menores de 18 anos em 2003, um aumento de 24% em relação a 2002. No mesmo ano, as adolescentes americanas se submeteram a 5.606 intervenções para injeção da toxina botulínica, um aumento de 950% em relação a 2002 (ASPS, 2004).

O Brasil era o terceiro país do mundo em número de cirurgias plásticas, atrás apenas dos Estados Unidos e do México; foram 400.000 intervenções em 2003, sendo metade delas puramente estéticas e, dentre essas, 40% de lipoaspiração, 30% de mamas e 20% na face. Hoje já ultrapassou o México estando atrás apenas dos EUA.

Segundo a ASPS (2004) a cirurgia plástica estética "... é realizada para dar uma nova forma a estruturas normais do corpo com o objetivo de melhorar a aparência do paciente e sua auto-estima".

1.2.1 Cirurgia Plástica Estética

A sociedade contemporânea assiste deslumbrada à passagem dos "corpos perfeitos", rostos sem marcas, que invadem progressivamente todos os espaços da vida moderna. A expectativa de corpo das pessoas em relação a esses padrões de beleza é o que provavelmente interliga uma variedade de fenômenos cada vez mais comuns, como a maior incidência de bulimia e anorexia[5], as ginásticas, a Toxina Botulínica tipo A[6] e as cirurgias plásticas estéticas.

Dentre esses fenômenos, o crescimento da Cirurgia Plástica Estética merece destaque pelo impacto que as alterações corporais, propostas pela Medicina da Beleza causam em relação à imagem facial e corporal e, também, pela posição que a medicina ocupa na sociedade, de divulgadora de "verdades científicas" (CASTRO, 2007).

Já há diversos estudos sobre uma medicalização da aparência. Sander (1999), por exemplo, faz uma análise histórica do crescimento da Cirurgia Plástica

---

[5] Definição: A Toxina Botulínica tipo A, substância produzida pela bactéria "Clostridium botulinum", é um potente agente paralisante muscular, que usado em doses adequadas pode melhorar os aspectos do envelhecimento facial. Objetivo: Corrigir e atenuar rugas de expressão facial como: ao redor dos olhos, na região da testa, o sulco entre as sobrancelhas, no canto da boca, no pescoço e colo. Tratamento**:** Procedimento que não necessita de anestesia. Os resultados iniciam-se por volta do quarto ao sexto dia após aplicação. A duração do efeito tem uma média de 4 a 6 meses, variando de acordo com o sexo, idade, força da musculatura e tipo de pele. Observa-se uma importante suavização das rugas melhorando os aspectos do envelhecimento facial. Disponível em: http://www.clinicaprevenir.com.br/medicina.html

[6] A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) classifica como "Transtornos da Conduta Alimentar" a Anorexia Nervosa, que é uma enfermidade mental que consiste em uma perda voluntária do peso, por desejo patológico em emagrecer e um intenso temor à obesidade. O emagrecimento é conseguido com uma redução drástica da alimentação, exercícios físicos excessivos, utilização (sem critério ou orientação médica) de medicamentos que inibem o apetite, laxantes, diuréticos e também pela provocação de vômitos, a bulimia. Geralmente as pessoas que se acometem desta enfermidade são mulheres e jovens com idades entre 14 e 18 anos.

Estética, desde o século XIX, com ênfase na cirurgia étnica e nos seus desdobramentos culturais.

Gonçalves (2001) acompanha serviços de cirurgia cosmética e os discursos de médicos e de pacientes na tentativa de compreender as motivações e o entendimento de ambos nesse processo.

Sullivan (2001) faz um recorte sociológico da construção de uma demanda pela cirurgia cosmética e pela profissionalização dos cirurgiões plásticos estéticos, e o relaciona ao que chama de *commercialism*, a sobrepujança dos aspectos econômicos sobre todos os demais. Wolf (1992) aborda mais os aspectos de gênero e relaciona ao maior crescimento da cirurgia cosmética.

De onde vem esta busca pela perfeição do corpo e da face? Por que muitas culturas (ou todas elas) utilizam-se da imagem corporal para expressar suas posições sociais?

Nas últimas décadas do século XX e desde o início de século XXI, o corpo e toda uma série de questões físicas, subjetivas e sociais relacionadas à beleza corporal, tomaram proporções que chamaram a atenção da sociedade em geral e hoje profissionais de diferentes áreas, especialmente da saúde, acreditam em uma epidemia de transtornos referentes ao culto do corpo.

O fenômeno da utilização do corpo como um referencial social é visto de forma clara por meio das vinculações de imagens e informações sobre a exploração do corpo e a imposição de padrões de beleza rígidos, que podem se tornar verdadeiros mutiladores da saúde física e mental dos adolescentes e adultos (CANGUILHEM, 1982).

Essas vinculações são difundidas principalmente pelas empresas de produtos e serviços de moda, cosméticos e alimentos. Outra maneira de visualizar a abrangência e a gravidade dessa situação se dá por meio da observação do aumento da divulgação de casos de morte relacionadas com transtornos alimentares no Brasil e no mundo (BALONNE, 2006).

O modelo de beleza vem mudando, com uma diminuição significativa do manequim considerado ideal. Esse conflito entre o corpo real e o ideal do corpo, imposto pela mídia, estimula a busca de soluções, pelos indivíduos, como dietas e cirurgias plásticas, muitas vezes prejudiciais à saúde física e mental. Observa-se assim, a multiplicação de casos de distorção da imagem corporal (BRETON, 2003).

1.2.2 Corpo Ideal

A definição de normas biológicas que permitam a classificação das variações físicas e o planejamento de intervenções estéticas é objeto de vários estudos na Medicina da Beleza, que, por meio da antropometria, procuram definir um padrão de normalidade. Assim como se lança mão de uma curva-padrão para definir uma estatura ou um peso normal, esses estudos procuram as medidas que definam um padrão de beleza:

> A base da beleza facial é simetria, equilíbrio e proporção. As maiores forças responsáveis pelo envelhecimento da face são: gravidade, amadurecimento do tecido mole, remodelamento do esqueleto, atividade muscular facial e alterações solares. Envelhecimento no terço superior da face se manifesta como ptose da região frontal e glabelar da sobrancelha. [7] Inicia da metade para o final dos 30 anos, as alterações tornam-se aparentes em toda a face. Rugas e pequenas linhas aparecem, em torno dos olhos e da boca, e as pálpebras superiores e inferiores começam a cair (MAIO, 2004).

A possibilidade de uma normalização por meio da Medicina da Beleza pode ser entendida, ainda, em outro sentido: o de que as intervenções estéticas criam normas de beleza. A imagem do corpo modificado ascende à condição de normal, na medida em que mais habita os meios de comunicação, são os corpos mais freqüentemente vistos e expostos, há uma nova norma “atingível apenas através de cirurgias cosméticas contínuas na qual o corpo, deixa de envelhecer fisicamente à medida que o corpo envelhece cronologicamente” (BORDO, 1993).

A maioria dos artigos da Medicina da Beleza propõe alguma intervenção cirúrgica, o que implica a definição de um objetivo para a modificação, que certamente está ancorado em algum padrão de beleza. A tecnicização da beleza, ou seja, a criação de novas possibilidades estéticas pela instrumentalização do ser humano pode impor o novo padrão.

Esse padrão, no entanto, raramente está explícito, ou os autores focam um determinado tema, como o aumento de mamas, e propõem uma intervenção específica, como o implante de silicones, sem explicitar o porquê da escolha; ou se

---

[7] Definição: Rugas glabelares: entre as sobrancelhas. Definição: Ptose da região frontal: queda da testa. Acesso em 12/07/2010. Disponível em: http://www.zamarian.com.br/html/face/facelift/lifting_de_face.html.

referem a uma beleza abstrata, com termos como harmonia e proporcionalidade, como no exemplo a seguir:

> O modelamento cirúrgico do corpo deve ser planejado em conformidade com parâmetros antropométricos. Antes de começar o trabalho, o cirurgião, como um escultor, deve desenhar planos de acordo com os princípios da beleza. Remover e adicionar, os dois teoremas fundamentais que inspiram a arte figurativa e a cirurgia plástica estética que se combinam em uma ação cujo objetivo é recuperar as proporções corporais (FRUSCELLA, 2004).

Além dos estudos antropométricos, que objetivam definir padrões de beleza e de fealdade, há estudos cuja intenção é encontrar uma norma natural da beleza, ou seja, "... estabelecer a beleza física como um mecanismo adaptativo para a promoção e avanço evolucionário das nossas espécies" (DAYAN et al., 2004). Ou, "... a busca apaixonada da beleza reflete a ação de um instinto básico", como sugere Etcoff (1999).

Não são muitos os estudos da Medicina da Beleza nos quais se encontra uma explicação do que seria uma norma biológica da beleza. Na maioria dos casos, como nos exemplos anteriores, os autores geralmente pesquisam medidas de partes do corpo ideal sem explicitar o porquê da escolha.

Definir padrões de beleza física e dar a eles o estatuto de natural é eternizar o que para Eco (2004) "... jamais foi algo de absoluto e imutável, mas assumiu faces diversas segundo o período histórico e o país."

Para Breton (2003) no imaginário ocidental, continua presente o modelo do corpo como máquina, um invólucro precário e falível que aprisiona a essência do homem. A transposição do corpo à condição de acessório da pessoa, como um cartão de visitas, permite que ele seja "... submetido a um *design* às vezes radical que nada deixa inculto... Colocado como representante de si, cepo de identidade manejável, torna-se afirmação de si, evidencia de uma estética da presença."

As primeiras impressões estão muito baseadas nas características faciais, e a psicologia tem ensinado que um indivíduo mais atraente tem mais chance de receber um melhor julgamento e tratamento. Por isso, os estudos trazem evidências de que aqueles que se submetem à cirurgia plástica facial melhoram sua primeira impressão com base somente na sua aparência fotográfica.

1.3. Imagem Corporal

O termo imagem vem do latim *imago*, cujo sentido é o de toda e qualquer visualização gerada pelo ser humano, seja em forma de objeto, de obra de arte, de registro foto mecânico, de construção pictórica ou até pensamento (NERI, 2004).

Especificamente em relação ao padrão de beleza, Costa (2004) demonstra como a imagem corporal substituiu os sentimentos, na passagem de uma moral dos sentimentos para uma moral das sensações. O sofrimento psíquico não decorre mais das fraquezas de espírito ou de caráter e sim dos defeitos da aparência corporal:

> Hoje, é na "exterioridade" do corpo, no semblante da esfera corporal egóica, que o abjeto e o refratário ameaçam irromper. É neste novo lugar, o lugar das rugas; manchas; estrias; flacidez; barrigas; obesidade; textura indesejável da pele, tensão muscular; conformação óssea viciosa; "pneus"; pêlos e cabelos a mais ou a menos, que o abjeto e o recalcitrante são exaustiva e implacavelmente vigiados, esquadrinhados e temidos de maneira fóbica, obsessiva, histérica ou persecutória (COSTA, 2004).

Ou seja, se a Cirurgia Plástica Estética considera a busca pela beleza como um instinto básico, pode-se depreender que o sofrimento psíquico decorrente de uma aparência discordante da "norma biológica" também seja natural. Todos sofreremos, em algum grau, com o envelhecimento, com as assimetrias, com o escurecimento da pele, que ocorrem com o passar dos anos.

Quando se levam em conta normas sociais que influenciam ou determinam padrões de beleza, a internalização de tais padrões, a experimentação da diferença entre um ideal de beleza e a imagem do próprio corpo que pode estar na gênese de uma baixa estima, de um mal estar, em suma, de um sofrimento psíquico. Para Elias (2001) o termo internalização significa:

> ... tornar automático o comportamento socialmente desejável, uma questão de autocontrole, fazendo com que o mesmo pareça à mente do indivíduo resultado de seu livre-arbítrio e ser de interesse de sua própria saúde ou dignidade humana. Essa internalização das normas vai tornar as práticas disciplinares e a biomedicina mais eficazes, pois vão parecer próprias do comportamento ou do biológico do indivíduo (ELIAS, 2001).

A internalização dessas normas sociais se dá, segundo a forma como se constrói historicamente a necessidade de uma intervenção estética como um desejo individual. O padrão de beleza chega até às pessoas e surge, assim, uma demanda por essas intervenções, que passam pelo encontro ou pela distância entre um padrão de beleza corporal e a experiência pessoal do próprio corpo, gerando mal estar, timidez, vergonha ou a piora na auto-estima:

> ... são tanto mais fortes quanto maior a desproporção entre o corpo socialmente exigido e a relação prática com o próprio corpo imposta pelos olhares e as reações dos outros (BOURDIEU, 2002.)

Sendo assim, a imagem corporal é uma percepção que integra os níveis físico, emocional e mental. Segundo Schilder (1999), a imagem corporal implica uma "apercepção do corpo" que difere da simples percepção por incluir figurações e representações mentais; "é uma construção multidimensional que descreve amplamente as representações internas da estrutura corporal e da aparência física, em relação a nós mesmos e aos outros" (CASH; PRUZINSKY, 2002; SCHILDER, 1999).

É um conceito capaz de operar com as três estruturas corporais: estrutura fisiológica, responsável pelas organizações anatomofisiológicas; estrutura libidinal, conjunto das experiências emocionais vividas nos relacionamentos humanos; e estrutura sociológica, baseada nas relações pessoais e na aprendizagem de valores culturais e sociais.

O trato com o corpo é estabelecido de diferentes formas na história ocidental, desde a "estética da existência", uma relação com a dimensão corporal que será a base para a concepção atual, na qual o trato com o corpo passa a ser mais importante do que as relações com o outro (SILVA, 1999).

Essencial para auto-aceitação, auto-conceito e auto-estima, e nas relações interpessoais tais conceitos são primordiais, pois o que o indivíduo sente por si mesmo tem ligação direta com o que o outro percebe e sente pelo indivíduo. Segundo Bock (1998): "Eu trato o outro como quero que o outro me trate, mas o outro me trata como vê que eu me trato".

Ao trazer a perspectiva fenomenológica, a autora centra a relação do sujeito com o mundo onde o corpo recebe uma dimensão relacional na qual a posição de "interior" e "exterior" é extrapolada, sendo ao mesmo tempo objeto e sujeito (tenho

um corpo e este corpo sou eu), o corpo torna-se uma probabilidade de desdobramento do indivíduo.

Merleau-Ponty (1988), de forma fenomenológica, apresenta a descrição do homem como ser unitário, encarnado, sujeito e objeto de sua percepção. O psiquismo não é um mundo escondido atrás do corpo. Ele se revela no corpo, o qual exprime e determina a forma pela qual o sujeito está inserido no universo físico, "considero meu corpo, que é o meu ponto de vista sobre o mundo, como um dos objetos desse mundo".

Introduz concepções essenciais para a compreensão da ligação entre corpo e mente, descreve que o "corpo vivido" é onde desenvolve a noção de espacialidade e temporalidade do corpo, que o esquema corporal torna-se uma maneira de expressar o meu corpo no mundo, uma "espacialidade de situação". Entende o corpo em movimento, como o corpo que habita o espaço e o tempo, "meu corpo se aplica a eles e os abraça".

Há uma ligação do corpo com a consciência, já que a essência da consciência é situar-se, assumir a situação no momento vivido. A consciência é definida como "Ser no mundo", sendo o corpo, veículo deste ser, deste corpo, desta consciência (MERLEAU-PONTY, 1988).

Portanto, a auto-imagem do indivíduo diz respeito a sua forma de se relacionar no mundo e com o mundo. Quando sua imagem não corresponde à sua identidade visual, altera seus comportamentos e sua forma de atuar e se relacionar, o indivíduo perde sua identidade.

Goffman (1988) enfatiza ainda que um indivíduo estigmatizado produz a auto-imagem de inferioridade a partir da construída pelo grupo social, ou seja, o sujeito estigmatizado tende a reproduzir o que o grupo social faz com ele, nas relações com outros sujeitos com características também estigmatizantes.

Vayer e Tolouse (1985), consideram a consciência do corpo como a consciência dos meios pessoais de ação. É o resultado da experiência do corpo, experiência que é reorganizada permanentemente. Pode-se defini-la como o reconhecimento de estruturas que servem à base de ação:

> A experiência corporal está no centro do desenvolvimento da pessoa. A pessoa vai adquirindo-a na medida em que evoluem os significados e os diversos aspectos em relação com a natureza das interações desenvolvidas e com a organização

> funcional do sistema nervoso, que regula essas interações (VAYER; TOLOUSE, 1985).

O que é chamado consciência de si mesmo ou experiência de si mesmo é o conjunto de interações indivíduo-mundo, mais precisamente sua interpretação e sua memorização pelo sistema nervoso, sob a forma de conjuntos estruturados de informação e programas. Essa organização das informações no interior do Sistema Nervoso Central é necessária à ação em todos os domínios da vida (BOCK, 1998).

A formação das imagens é função do ego, que é basicamente um ego corporal. No nível corporal, todo indivíduo é um animal, auto centrado e orientado para o prazer e a satisfação de suas necessidades. No nível do ego, o ser humano é uma criatura social, que busca a satisfação pessoal e a transformação do meio ambiente (BOCK, 1998).

O ego e o corpo deveriam formar uma dupla, atuar em conjunto. O ego deve funcionar de maneira a prolongar o prazer e a energia do corpo. Assim, na pessoa insatisfeita com a própria imagem o ego domina o corpo, altera suas relações, a forma de comunicar-se e o seu comportamento, esse indivíduo perde auto-estima e sua identidade, passando a atuar de acordo com a inferioridade e insegurança, que o espelho acentua ainda mais, o que faz com que o indivíduo distancie-se mais e mais do ser no mundo (BOCK, 1998).

A percepção deve ser compreendida como referência a um todo que por princípio só é apreensível através de certas partes ou certos aspectos seus. Apercebido não é uma unidade ideal possuída pelo racional; ela é uma totalidade aberta ao horizonte de um número indefinido de perspectivas que se recortam segundo certo estilo, esse que define o objeto do qual se trata. A percepção é um paradoxo, e a coisa percebida é em si mesma paradoxal. Ela existe enquanto alguém pode perceber e o indivíduo não pode ignorá-los visto que está presente nele mesmo (MERLEAU-PONTY, 1988).

Essa percepção é substancialmente subjetiva, o corpo do indivíduo como sistema de abordagem sobre o mundo, funda a unidade dos objetos que o indivíduo percebe, do mesmo modo o corpo do outro, como portador das condutas simbólicas e da conduta do verdadeiro, afasta, propõe a tarefa de uma verdadeira comunicação e confere aos objetos do indivíduo a dimensão de intersubjetivo.

O mundo percebido não basta em si mesmo, o objeto só parece aceitável quanto ao mundo percebido, se estabelecer uma relação sem conflito entre a percepção do indivíduo e o resultado da comunicação intersubjetiva (MERLEAU-PONTY, 1988).

A aceitação do indivíduo e sua satisfatória relação com seu mundo implicam na não existência de conflito entre as três imagens, sua auto-imagem, sua imagem no espelho, e sua imagem vista pelo outro. O equilíbrio trás proximidade do ser no mundo, e adequação do indivíduo frente às suas relações e atuações.

Por outro lado o contato com essas três imagens é a consciência EU versus OUTRO e não simplesmente companhia ou agrupamento, ele só pode acontecer entre seres separados, sempre exigindo independência e sempre se arriscando a ser capturado pela união. “Eu” não sou somente “eu”, mas “eu” e “você” fazemos “nós” (POLSTER; POLSTER, 1979).

A menos que “eu” seja experimentado no conhecimento do contato pleno, quando “eu” o encontro com os olhos, o corpo e a mente plenos, “você” pode se tornar irresistível e empolgante. Ao contatar “você”, “eu” aposto a minha existência independente, mas somente através desse contato pode se desenvolver plenamente a compreensão das nossas identidades.

Primariamente, o contato é a consciência “de”, e o comportamento em direção às novidades assimiláveis, e à rejeição da novidade não assimilável. O contato é o sangue vital do crescimento, o meio de modificação da pessoa e das experiências que ela tem do mundo (POLSTER; POLSTER, 1979).

A fronteira do contato é o ponto em que a pessoa experiencia o “eu” em relação aquilo que não é “eu” e através deste contato tem o senso do que é “estranho”; quando o “eu” se encontra com o “estranho”, começa a existir a fronteira entre “os campos” pessoal e impessoal.

Um aspecto especial do contato provém da possibilidade de se estar em contato consigo mesmo; tal contato pode ocorrer devido à habilidade que o indivíduo tem de se dividir em observador e objeto observado, divisão esta, que pode ser empregada a serviço do crescimento através do auto-exame (POLSTER; POLSTER, 1979).

A divisão também pode ser interruptora, voltando reflexivamente a pessoa para dentro, em vez de permitir o foco externo apropriado, tornando em alguns

casos esse contato em obsessão com o seu próprio corpo, considerando-o como um objeto, não como “ele” mesmo.

As fronteiras do ser humano, as “fronteiras do eu”, são determinadas por todas as suas experiências na vida, e por todas as suas capacidades internas para a assimilação da experiência (POLSTER; POLSTER, 1979).

Essa “fronteira-do-eu” em um indivíduo é formada daquilo que é para ela contato permissível, é composta de uma gama de “fronteiras de contato” e define as ações, idéias, pessoas, valores, imagens, etc.; aos quais ela está propensa a se ligar plenamente, tanto com o mundo fora de si, quanto com ecos dentro de si mesma que esta ligação pode despertar.

Porém, diversos valores coexistem conforme a prioridade dada pelo indivíduo, o sistema de valores não deve impedir o indivíduo de discriminar o que é necessário para obter aquilo de que precisa, e não deve ser estanque, já que a pessoa enfrentará situações diversas onde terá que ampliar essas suas “fronteiras de valores” para encontrar soluções criativas para a sua auto-realização e expansão do seu mundo, sem abandonar sua estima (POLSTER; POLSTER, 1979).

Para Morin (2006), a sociedade é um produto permanente das interações entre milhões de indivíduos que as constituem, e não tem nenhuma existência fora dessas interações. A sociedade (re) constrói-se constantemente, dessas interações, com seus aparelhos e instituições próprios. “Assim os indivíduos fazem a sociedade que faz os indivíduos. Indivíduos e sociedade se co-produzem num circuito recursivo permanente em que cada termo, ao mesmo tempo, é produtor/produto, causa/efeito, fim/meio do outro”.

Assim, a imagem corporal diz respeito ao ato de perceber, diz respeito a faculdade de percepção visual, sendo o mais antigo modo de relação entre homem e o mundo, deste ponto de vista a análise de imagens é uma faculdade natural que propicia uma das formas de comunicação com o outro, com a sociedade.

A gerontofobia define-se como o medo persistente, anormal e injustificado de envelhecer e acarreta normalmente grande infelicidade. Pode atingir pessoas que permanentemente estão em contato com uma cultura informativa, que traz conceitos e estatutos da área médica com padrão de normalidade e funcionalidades inerentes a cultura contemporânea, na qual o processo de envelhecimento tem ênfase nos aspectos biológicos. Isso significa um dos fatores geradores da medicalização do processo de envelhecimento o qual será discutido a seguir.

CAPÍTULO II
MEDICALIZAÇÃO DO ENVELHECER

A base teórica e conceitual de estudos sobre a velhice mostra diferentes perspectivas de análise do processo de envelhecimento. Neste capítulo, será tratada a perspectiva biológica, que se ocupa do envelhecimento fisiológico (senescência) e patológico (senilidade) para orientar as ações de gerontólogos e geriatras.

Não obstante sempre ter sido representado na histórica do Ocidente que a existência humana atravessa diferentes momentos no seu percurso, isto é, sempre se soube que as individualidades nascem, crescem, amadurecem e morrem, a transformação desta inevitável seqüência empírica, numa ordem necessária, fundada biologicamente, foi uma invenção recente da história ocidental (BIRMAN, 1995).

Esta invenção se realizou na passagem dos séculos XVIII para o XIX. A ideologia cientificista do evoluicionismo foi a caução científica que fundou o ciclo biológico da existência humana, caracterizado por especificidades no seu funcionamento biológico. Este critério teórico, delimitador de períodos vitais, era inexistente anteriormente.[8]

Pode-se observar que os estudos incluídos nessa perspectiva usam como justificativa, ao seu desenvolvimento, dados quantitativos que revelam o envelhecimento populacional decorrente de um processo de transição demográfica, definida por uma inversão da pirâmide etária populacional, na qual se observa um estreitamento da base, ocupada pelas categorias etárias mais jovens, e um alargamento do ápice, ocupado pela população mais idosa.

Conforme explicam, essa transição demográfica origina-se não apenas de avanços tecnológicos na área de saúde, os quais impliquem aumento da expectativa de vida, mas, principalmente, da redução na taxa de fecundidade. Em correlação direta com esse processo, os estudos indicam outro processo de transição, a epidemiológica, que, segundo Veras (1994), constitui uma “alteração nos padrões de moléstia”.

---

[8] Neste contexto, se enunciou o conceito de degeneração como uma concepção crucial nos saberes biológico e médico, justamente porque a existência humana passou a ser representada pelo cânone do desenvolvimento vital. Com isso, a degeneração seria uma forma anormal do desenvolvimento biológico do organismo, inserido no campo de um modelo construído pela ordenação de seqüências biológicas previsíveis (BIRMAN, 1995).

2.1 Aspectos Biológicos

Envelhecer consiste em um processo bio-psico-social irreversível e individualizado para todos os seres, por se tratar de um processo "natural", o envelhecimento tem uma fisiologia e não uma fisiopatologia. Dentre as diversas teorias de conceituação sobre o envelhecimento biológico vale destacar:

> Processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo morte (PAPALÉO NETTO; PONTES, 1996).

Algumas definições de envelhecimento envolvem princípios negativos, quando caracterizam o processo como sendo a perda gradativa das funções biológicas, o aumento da probabilidade de morte, ou associam envelhecimento com patologias (JECKEL NETO, 2000).

O envelhecimento humano é envolvido de alterações, que são modificações que trazem consigo reflexos no comportamento, na habilidade intelectual e capacidade física de cumprir com as atividades diárias, culminando na dificuldade de participar de interações sociais com os semelhantes (KARSCH, 2003).

Portanto, o estar saudável deixa de ser relacionado com a idade cronológica e passa a ser entendido como a capacidade e a motivação física e psicológica para continuar na busca de objetivos e conquistas (CAMARANO et al., 2004).

Com o aumento da expectativa de vida, essas alterações que comprometem a marcha, que aumentam incapacidades e deficiências passam a fazer parte do processo do envelhecimento e como há escassez de serviços de apoio que atendam à população longeva, sua autonomia, bem como a qualidade de vida e independência ficam extremamente comprometidas.[9]

[9] Qualidade de vida é um evento que tem múltiplas dimensões e é multideterminado. Diz respeito à adaptação de indivíduos e grupos humanos, em diferentes épocas e sociedades. Avaliar a qualidade de vida a partir de critérios objetivos, como condição financeira, e subjetivos, como satisfação e crescimento pessoal, significa comparar condições disponíveis com as consideradas desejáveis pelo indivíduo e pela sociedade. Os resultados são expressos por índices de desenvolvimento, bem-estar, desejabilidade, prazer ou satisfação (NERI, 2001a).

2.2 Senescência

É inevitável que todos indivíduos que estejam na velhice passem por um processo denominado senescência que “são alterações fisiológicas presentes em todos os indivíduos que não tenham sido desencadeadas ou promovidas por doenças, e que possam ser atribuídas unicamente a passagem do tempo” (JACOB FILHO; SOUZA, 2000).

Para Papaléo Netto (2002), senescência ou senectude é o “resultado do somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento normal”.

O processo de envelhecimento fisiológico relaciona-se fundamentalmente com alterações das proteínas que compõe o organismo. Elas constituem cerca de 15% dos componentes orgânicos e são os elementos responsáveis pela formação de estruturas nobres do organismo, como células, tecidos e órgãos, sendo também componentes relacionados à produção de energia. Essas alterações da síntese protéica refletem-se nas células, nos tecidos e nos órgãos, alterando-os morfológica e funcionalmente (PYHN; SANTOS, 2004).

A célula é a unidade fundamental da matéria viva. Nosso organismo é um conjunto de células que agregadas, são diferenciadas e unidas por estrutura de sustentação. Elas são de diversos tipos e organizadas das mais variadas maneiras formando os órgãos, tecidos e todo o restante do corpo.

As células necessitam de nutrição para viver e utilizam, praticamente os mesmos tipos de nutrientes. O oxigênio combina-se com os carboidratos, as gorduras e as proteínas para liberar a energia necessária para a função celular (PYHN; SANTOS, 2004).

Grande parte das células tem capacidade de se reproduzir. Os neurônios são células que não se reproduzem. O corpo humano possui cerca de 75 trilhões de células agregadas, organizadas em vários órgãos e tecidos. Cada órgão e cada tecido contribuem para manter o equilíbrio do chamado meio interno. Meio interno, ou líquido extracelular, é o nome que se dá ao líquido que circunda todas as células (JACOB FILHO; SOUZA, 2000).

Dentre as várias alterações na estrutura das células destacam-se as alterações nucleares, alterações citoplasmáticas, alterações da membrana celular e

alterações dos componentes celulares. A pessoa envelhece à medida que as células de seu organismo envelhecem.

Em todos os tecidos do organismo observam-se alterações durante o envelhecimento. Elas variam de intensidade dependendo do indivíduo e do tecido considerado, verificando-se que em algumas pessoas essas modificações predominam em certos setores do organismo e em outras em localização diversa (JACOB FILHO; SOUZA, 2000).

Com o envelhecimento mais colágeno é formado, surgem ligações cruzadas na molécula e há maior resistência à ação da colagenase. Em conseqüência, aumenta a rigidez dos tecidos e há maior dificuldade de difusão dos nutrientes dos capilares para as células e dos metabólitos das células para os capilares, o que ocasionaria deterioração progressiva da função celular.

O sistema elástico é o componente do tecido conectivo responsável pela sua elasticidade. Ele se distribui mais seletivamente que o colágeno, encontrando-se em maior quantidade nos tecidos e órgãos que sofrem maior ação de tração e extensão, como pele, parede arterial e pulmão (JACOB FILHO; SOUZA, 2000).

Com o envelhecimento, ocorrem alterações mais evidentes nas fibras elásticas maduras, observando-se aumento na quantidade de fibras, alteração na sua composição de aminoácidos, fragmentação e irregularidades de forma, além de depósito de cálcio. Tais alterações determinam mudanças nas características funcionais das fibras, ocasionando redução da elasticidade dos tecidos que as contêm (JACOB FILHO; SOUZA, 2000).

A composição corpórea altera-se com o desenvolvimento e envelhecimento do indivíduo. A água, principal componente, corresponde a 70% do organismo na criança, a 60% no adulto jovem e a 52% no idoso. A redução verificada no idoso em relação ao adulto jovem refere-se, principalmente, ao conteúdo intracelular. Enquanto no adulto jovem a relação água intracelular e extracelular é de 2:1, no idoso é de 1,5:1. Essa redução não parece ser devida à diminuição da água de cada célula, mas conseqüência da menor massa celular no idoso (JECKEL NETO; CRUZ, 2000).

Devido à redução do componente aquoso do organismo, o idoso pode ser um “desidratado crônico” e, mediante perdas moderadas de líquido, já apresenta desidratação evidente. Por outro lado, a reposição líquida nesses indivíduos deve

ser lenta e cuidadosa para evitar sobrecarga cardíaca e circulatória, pois o compartimento extracelular também é reduzido.

A estatura mantém-se até os 40 anos. A partir dessa idade reduz cerca de um centímetro por década, acentuando-se essa redução após os 70 anos. Esse fato é conseqüência das alterações da coluna, achatamento das vértebras, redução dos discos intervertebrais e cifose dorsal, do arqueamento dos membros inferiores e do achatamento do arco plantar, sendo mais acentuado no sexo feminino. Em idosos, uma das maneiras de verificar a altura aproximada quando jovens é por meio da medida da envergadura (JECKEL NETO; CRUZ, 2000).

Devido às alterações da composição corpórea no idoso, há tendência à redução do peso após os 60 anos de idade. Em conseqüência da diminuição da massa celular do organismo, a grande maioria dos órgãos apresenta redução do peso no envelhecimento.

Diversas estruturas do organismo apresentam modificações morfológicas na senescência. Dentre estas se destacam: aumento da circunferência do crânio; aumento da amplitude do nariz e dos pavilhões auditivos, originando a conformação facial típica do idoso (JECKEL NETO; CRUZ, 2000).

Acompanhando as alterações morfológicas e estruturais da senescência, ocorre o comprometimento funcional. Carvalho Filho (2000) afirma que este comprometimento ocorre em todos os setores do organismo, sendo variável de indivíduo para indivíduo.

O processo de envelhecimento determina diversas alterações no sistema cardiocirculatório. Quando em condições basais, a função cardíaca é suficiente para as necessidades orgânicas. No entanto, em condições de sobrecarga, como esforços excessivos, emoções, febre, anemia, infecções, hipertireoidismo, a reduzida capacidade de reserva pode ser responsável pela descompensação.

Todas as estruturas relacionadas à respiração alteram no envelhecimento. Devido às modificações dos mecanismos reguladores da respiração, verifica-se diminuição da resposta ventilatória às variações das pressões parciais de oxigênio e de gás carbônico no sangue (VANDERVOORT, 2000).

Nos idosos ocorre insuficiência respiratória dos tipos restritiva, obstrutiva e/ou difusa, conseqüência das várias modificações observadas na senescência. Estas deficiências tornam-se evidentes apenas em condições de esforço, ou quando o

idoso apresenta processo patológico pulmonar que pode se somar às alterações determinadas pelo envelhecimento (VANDERVOORT, 2000).

Os rins apresentam alterações morfológicas seguidas de alterações funcionais próprias do processo de envelhecimento. Em condições basais, a função renal é suficiente para atender às necessidades orgânicas, porém em condições de sobrecarga, a excreção renal compensadora não é pronta e rápida como no indivíduo jovem podendo levar à hipervolemia e descompensação cardíaca (PAPALÉO NETTO; BRITO, 2001).

Com o envelhecimento o aparelho digestório apresenta alterações estruturais, de mobilidade e da função secretória, essas variam em intensidade e natureza, de acordo com o segmento acometido.

As conseqüências clínicas das alterações desse sistema são, na maioria dos casos, pouco perceptíveis, mas, em seu conjunto, adquirem importância para a compreensão e o manuseio de sintomas e para previsão de alterações na farmacocinética de diversas medicações.

A manutenção do organismo em condições estáveis é obtida por meio de diversos mecanismos de controle. O meio interno é constantemente influenciado pela atividade celular e pelo ambiente exterior. Para evitar sua alteração, o organismo lança mão de mecanismos de ajustamento (PAPALÉO NETTO; BRITO, 2001).

Em condições basais, a manutenção da homeostase é mais fácil, porém habitualmente diversos fatores, agindo associadamente, interferem, tornando mais trabalhoso e mais lento o equilíbrio no organismo do idoso. O Sistema Nervoso constitui o principal fator de integração das atividades orgânicas, sendo fundamental para manutenção da homeostase.

Os centros reguladores localizam-se no cérebro. Há uma perda importante na quantidade de neurônios, sendo que o individuo possui cerca de dez bilhões de neurônios e após 25 a 30 anos há uma perda diária de 50 a 100 mil. Esta perda celular é maior no córtex e menor no tronco cerebral, onde estão os centros reguladores da homeostase, que produzem uma resposta mais lenta para a manutenção do organismo do idoso (PAPALÉO NETTO; BRITO, 2001).

O envelhecimento altera todo o sistema endócrino, porém as modificações são mais acentuadas em algumas estruturas que em outras dependendo do

indivíduo. O comprometimento é observado nas células glandulares, na secreção hormonal, nos receptoras hormonais e nas células-alvo.

O Sistema Imunológico constitui importante fator regulador do funcionamento harmônico do organismo. A maior incidência de doenças infecciosas, neoplásicas e auto-imune em pessoas idosas tem sido associadas às alterações da imunidade celular e humoral nessa faixa etária.

A maior parte das alterações imunológicas tem sido correlacionada com a involução e atrofia do timo, que, de forma gradual, nos primeiros 50 anos de vida do homem, perde até 95% de sua massa e de sua capacidade de produzir hormônios (PAPALÉO NETTO; BRITO, 2001).

O tecido ósseo é um sistema orgânico em constante remodelação, fruto dos processos de formação e reabsorção, sendo que na quarta década de vida o homem atinge o "pico de massa óssea". A partir daí, praticamente estabiliza-se a taxa de formação, enquanto a taxa de reabsorção aumenta. Por conseguinte, passa a ocorrer perda progressiva e absoluta da massa óssea, levando a osteopenia fisiológica (ROSSI; SADER, 2002).

Com o envelhecimento, há uma diminuição lenta e progressiva da massa muscular, sendo o tecido nobre paulatinamente substituído por colágeno e gordura (ROSSI; SADER, 2002).

Isso gera uma redução da força muscular que associada a problemas de equilíbrio e marcha reduz a mobilidade do idoso. Essa perda de força relaciona-se diretamente com a imobilidade que limita o desempenho físico, contribuindo para o aumento na incidência de quedas entre os idosos (PAIXÃO JR.; HECKMANN, 2002).

Diferente dos demais processos que ocorrem durante a senescência, a atrofia muscular devida à idade tem início no jovem adulto, ou seja, em torno dos 30 anos de idade. O indivíduo perde cerca de 10% da sua massa muscular até os 50 anos. A partir daí, o processo de atrofia se acelera visivelmente até os 80 anos quando há uma diminuição da força muscular em mais de 40% (LEITE, 1996).

A velocidade diminuída do movimento articular no idoso parece ocorrer paralelamente a um declínio natural da atividade fisiológica global. A perda da amplitude passiva dos movimentos no idoso é freqüentemente progressiva, ocorrendo geralmente nos extremos do movimento potencial da articulação.

Sendo a rigidez do tecido conjuntivo periarticular, que inclui ligamentos, cápsula articular associada, aponeuroses, tendões, tecido conjuntivo intramuscular e pele, considerada como fator principal para a limitação dos movimentos no idoso (NEUMANN, 2002).

Cognição é o termo utilizado para descrever toda a esfera de funcionamento mental, que implica a habilidade para sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas de pensamento e, a capacidade para produzir respostas às solicitações e estímulos externos (REICHEL, 2001).

As características próprias de cada indivíduo, como idade, nível de escolaridade, interesses, comportamento, saúde, atividade que desenvolve, quantidade de estímulos a que é exposto, além dos aspectos psicoemocionais e sócio-culturais, influenciam nas habilidades e na capacidade cognitiva (REICHEL, 2001).

A perda de memória é o comprometimento cognitivo mais freqüentemente associado ao envelhecimento. Isso contribui indubitavelmente para as percepções de que o idoso não consegue se lembrar das informações básicas e apresenta graves lapsos de memória (SCHUNK, 2002).

A audição é o primeiro dos sentidos a apresentar perdas detectadas objetivamente. Aos 30 anos, a média dos indivíduos começa a apresentar envelhecimento auditivo.

Embora a perda auditiva instale-se lentamente, seu impacto na vida do indivíduo idoso é considerável, já que nessa época o somatório de problemas de saúde confere novas dimensões às perdas isoladas.

As alterações visuais se iniciam por volta da metade da terceira década de vida e exigem uma série de adaptações às necessidades da vida cotidiana, pois traz consigo dificuldades para acomodar a visão e discriminar detalhes de objetos próximos, dificuldades para leituras, necessidade de maior intensidade para iluminação e dificuldade para enxergar à noite (MANSUR; VIUDE, 2005).

2.3 Senilidade

Se o processo de envelhecimento traz consigo as alterações que serão inevitáveis, e essas passam a afetar a parte biológica e social dos velhos é muito

provável que o estado de saúde tende a piorar, aumentando o risco do isolamento e a perda da autonomia modificando muito a sua qualidade de vida.

Diferente de outras fases da vida humana, como a puberdade e a maturidade, o envelhecimento não tem um marcador biofisiológico definindo seu início, esse período acaba por ser definido muito mais por aspectos socioeconômicos e legais do que por um marcador biológico (KALACHE, 2008).

Neste momento vale caracterizar o que Papaléo Netto (2002) chama de senilidade que consistem nas modificações determinadas por afecções, comorbidades, que freqüentemente acometem a pessoa idosa.

As comorbidades e suas conseqüentes alterações estruturais, morfológicas e funcionais associadas a fatores externos é que vêm comprometer e limita os idosos em suas atividades diárias, inclusive em sua mobilidade e marcha (JACOB FILHO, 2000).

Ao colocar sua ênfase no processo de decrepitude física ocasionada por fenômenos degenerativos naturais do organismo, a perspectiva biológica, faz com que o idoso apareça como portador de múltiplas patologias sobre as quais os indivíduos e a sociedade devem atuar no sentido de retardá-las.

Veras (1994) explicou que a prevalência de doenças de intervenção primária, como as infecto-contagiosas, foram substituídas por quadros patológicos mais complexos e de intervenção mais onerosa (necessitam de pessoal qualificado, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares de alto custo), como as doenças crônico-degenerativas e distúrbios mentais, tais como patologias cardiovasculares, câncer e demências, que acometem, predominantemente, a população idosa.

Chaimowicz (1987), mostrou em seus estudos que houve modificação do perfil de saúde da população; em vez de processos agudos que se resolvem rapidamente por meio da cura ou do óbito, tornaram-se predominantes às doenças crônicas e suas complicações, o que implica longos períodos de utilização de serviços de saúde.

Dessa forma, quase que unanimemente, esses estudos concluem que o processo de envelhecimento populacional constitui, também, um problema social que requer medidas urgentes por parte do governo e da sociedade em geral.

A importância da efetivação dessas medidas, segundo esses autores, deriva da grande e dispendiosa demanda dos serviços de saúde, que no Brasil,

historicamente, atende de forma insuficiente à população em geral. No entanto, as reflexões sobre a velhice, tratada no próximo capítulo, buscam focar a questão ética, política e estética da existência humana, levando em conta o tempo e o espaço.

CAPÍTULO III
REFLEXÕES SOBRE A VELHICE

Segundo o Dicionário Caldas Aulete (1962) Velhice é: estado do que é velho; O último quartel da vida; período da vida humana que se segue a madureza; ancianidade; Impertinência ou disparate próprio da pessoa decrépita; ter uma boa velhez, ter toda a comodidade durante a ancianidade; estar em idade avançada, não estar para coisa que só compete ou convêm aos moços.

Na Enciclopédia Larousse Cultural (1998) Velhice é: Último período da vida normal, caracterizado pelo enfraquecimento das funções vitais; Estado de redução de forças físicas e das faculdades mentais que acompanham habitualmente esse período; Conjunto dos velhos; Geomorfica: o mesmo que estagio senil, última fase da evolução do relevo.

No Dicionário Web (2010) Velhice é: Estado ou condição de velho. O último quartel da vida. O conjunto dos velhos. Rabugice própria de velhos.[10]

Mesmo passados quase 50 anos e as ciências promovendo estudos e conceitos que são alterados, evoluídos dia a dia, na língua portuguesa, na cultura do país, velhice parece ser um conceito sem evolução e de nenhum benefício ou valor.

O envelhecimento hoje é um fenômeno mundial. Uma preocupação que envolve o comprometimento de todos os órgãos governamentais, bem como toda a sociedade, visto que atualmente a longevidade e a expectativa de vida aumentam o que indica a necessidade de projetar o futuro de acordo com a evolução do envelhecimento da população.

Por outro lado, as concepções de juventude e de velhice se transformam radicalmente ao longo do percurso existencial, isto é, ser jovem ou velho se modifica substancialmente ao longo de uma existência. Para Birman (1995) a juventude e a velhice não são concepções absolutas, mas internações sobre o percurso da existência:

> não existe qualquer substancialidade absoluta no ser da velhice e da juventude, pois estes são conceitos construídos historicamente e que se inserem então ativamente na dinâmica dos valores e das culturas que enunciam algo sobre o seu ser (BIRMAN, 1995).

[10] Acesso em 10/07/2010. Disponível em: http://www.dicionarioweb.com.br/velhice.html.

A cristalização dos conceitos se funda num campo de valores, implicando então numa ética, uma política e uma estética da existência humana, levando em conta o tempo e o espaço. É pela consideração desta perspectiva epistemiológica, fundada nos valores e na cultura nos quais a velhice é percebida como fenômeno natural e social, que este capítulo pretende delinear o conceito.

3.1 Contexto Histórico

Os gregos antigos glorificavam com ardor a juventude e viam a velhice como um flagelo e um castigo que aniquilava a força do guerreiro. A mitologia está repleta de histórias, de façanhas heróicas, narrativas poéticas e trágicas, falando de seres que desejavam encontrar a eterna juventude e a imortalidade.

Havia uma oposição entre os jovens e os velhos anciões, e conflitos entre os filhos e os pais. Pois, os antigos deuses ao envelhecerem tornavam-se cada vez mais maldosos e tirânicos.

Para Homero, a velhice está associada á sabedoria e é encarnada em Nestor, o Conselheiro Supremo, cujo tempo lhe conferiu a experiência, a arte da palavra e da autoridade. Entretanto, Nestor, era fisicamente enfraquecido.

Ulisses, um homem na força da idade, sobrepuja de longe Nestor, e também seu pai Laerte, que lhe cedeu a realeza. Do mesmo modo, Príamo é eclipsado por Heitor. Pode-se inferir que os velhos tiveram um papel mais honorífico que eficaz (BEAUVOIR, 1990).

Platão via a velhice como sinônimo de conhecimento. A Polis ideal, segundo ele, era aquela que garante a felicidade do homem; mas a felicidade é a virtude, e a virtude emanava do conhecimento da verdade (BEAUVOIR, 1990).

Como Platão achava que só através da educação os homens adquiriam conhecimento e após serem educados estariam aptos a governar, o estudo já deveria começar na adolescência, e seria frutificado plenamente, aos cinqüenta anos.

A partir dessa idade o homem que tinha educação plena se tornava filósofo, possuía condições de governar com inteligência e possuía a verdade e se tornaria guardião da Polis. Portanto, o reinado das competências que Platão almejava era também uma gerontocracia (BEAUVOIR, 1990).

Conforme a filosofia Platônica durante a velhice o homem estaria autorizado a desprezar o declínio físico. “A verdade do homem residia na sua alma imortal: o corpo não passava de uma aparência ilusória”.

A principio Platão não viu na união do corpo com a alma senão um entrave; mais tarde, julgou que a alma pode explorar o corpo em seu beneficio sem, no entanto, ter necessidade dele (BEAUVOIR, 1990).

Quando escreveu a República, Platão, põe na boca de Céfalos, um elogio da velhice: “Quanto mais se enfraquecem os outros prazeres - os da vida corporal - tanto mais crescem, em relação às coisas do espírito, minhas necessidades e alegria”. Sócrates acrescenta que “somos instruídos através do contato com os velhos” (BEAUVOIR, 1990).

Aristóteles acreditava que era preciso “que o corpo permaneça intacto para que a velhice seja feliz; uma bela velhice é aquela que tem a lentidão da idade, mas sem deficiências, ela depende ao mesmo tempo das vantagens corporais que se poderia ter, e também do acaso”. A juventude era calorosa e apaixonada e a velhice era 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 está manifestamente aquém do que seria necessário”… 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, pusilames, frios. São imprudentes: desprezam a opinião... Vivem mais da lembrança do que da esperança... Estão abertos à piedade, não por grandeza da alma, mas por fraqueza. Lamentam-se e não sabem mais rir (BEAUVOIR, 1990).

Para Beauvoir (1990) o que há de particularmente interessante nessa descrição, que se inspira, não numa tese a priori, mas em observações extensas e pertinentes, é a idéia de que a experiência não é um fator de progresso, mas de involução. Um velho é um homem que passou toda uma longa vida a se enganar, e isto não lhe poderia conferir superioridade sobre os mais jovens, que não acumularam tantos erros quanto ele.

Na idade média a velhice era mais desprotegida, discriminada e até mesmo renegada, suas propriedades e bens ficavam desprotegidos. Os velhos são relegados à sombra; o sistema repousa nos jovens, são eles que possuem a realidade do poder (BEAUVOIR, 1990).

A questão da velhice se impunha essencialmente para caracterizar as pessoas que não podiam assegurar financeiramente seu futuro – o indivíduo despossuído, o indigente – pois as pessoas com certo patrimônio "os patriarcas com experiência preciosa", detinham certa posição social, administravam seus bens e desfrutavam de respeito (PEIXOTO, 1998).

Esse recorte social da população de mais de 60 anos foi acompanhado de locuções diferenciadas para tratar cada grupo de pessoas da mesma idade: designava-se correntemente como velho (*Vieux*) ou velhote (*Viellard*) os indivíduos que não detinham *status* social; enquanto os que possuíam eram, em geral, designados idosos (*Personne âgée*).

No Brasil, a conotação negativa do vocábulo velho seguiu um processo semelhante ao da idade média, porém em período mais recente. Os documentos oficiais publicados antes dos anos 60 denominavam as pessoas pertencentes à faixa etária de 60 anos "simplesmente de velhas". Em sua análise Peixoto (1998) mostra que foi no final desta década que certos documentos oficiais e a maioria das análises sobre a velhice recuperaram a denominação de "idoso".

3.2 Quebra da "Conspiração do Silêncio"

A velhice é um conceito, historicamente, construído que se inscreve na dinâmica das atitudes, das crenças e dos valores da sociedade. A marca social da velhice é estar em oposição à juventude, motivo pelo qual é recorrente a oscilação entre a idealização e a depreciação do idoso.

Os estereótipos – que são crenças generalizadas sobre os atributos ou características que definem um determinado grupo social, como, por exemplo, o dos idosos – são transmitidos pela educação e associam-se a práticas sociais discriminativas (NERI; CACHIONI; RESENDE, 2002).

Por exemplo, no Brasil, observa–se uma sutil campanha de atribuição dos déficits da previdência e do sistema de saúde ao aumento da população idosa, na qual se baseia a negação de reajustes das aposentadorias e de recursos

terapêuticos aos mais velhos (NERI, 2003). No final dos anos 1970, KALISH denunciou a existência de estereótipos compassivos, focalizados no velho dependente, incapaz e sem poder político, os quais podem acirrar a intolerância dos mais jovens, principalmente em épocas de desemprego e recessão, em que políticas de proteção aos mais velhos e a outras minorias podem parecer estar roubando oportunidades aos mais jovens.

No âmbito da família e das instituições, a vitimização dos idosos contribui para que lhe seja oferecido um tratamento superprotetor que, em vez de ampliar-lhes as chances de autonomia e independência, transforma–os em seres cada vez mais dependentes.

Embora questões demográficas e/ou econômicas sejam aspectos plausíveis como justificativa de reformulação de políticas públicas dirigidas à população idosa, elas são insuficientes para revelar e explicar a totalidade dos fatos que emergem da velhice. De acordo com Debert (1999):

> explicar por razões de ordem demográfica a aparente quebra da "conspiração do silêncio" em relação à velhice é perder a oportunidade de descrever os processos por meio dos quais o envelhecimento se transforma em um problema que ganha expressão e legitimidade, no campo das preocupações sociais do momento (DEBERT, 1999).

A questão da velhice é entendida como uma construção social, em que os recortes de idade e a definição de práticas legítimas associadas à cada etapa da vida, não são compreendidos como conseqüências de uma evolução científica, marcada por formas cada vez mais precisas de estabelecer parâmetros no desenvolvimento biológico humano (DEBERT, 1998).

Parte-se do pressuposto que é a sociedade e a cultura que estabelecem as funções e atribuições preferenciais de cada idade na divisão social do trabalho e dos papéis na família. Segundo essa autora, essas atribuições são, em boa parte, arbitrárias, porque nem sempre se firmam em uma materialidade ou em uma cronologia de base biológica quanto às reais aptidões e possibilidades, mas são reconstruídas em um tempo social essencialmente dinâmico e mutável.

Ariès (1986) exemplifica bem esse processo de construção social das categorias de idade, ao mostrar que a criança, como categoria, não existia na Idade Média. No mesmo sentido, Elias (1994), delineou as condições estabelecidas pela

modernidade, as quais contribuíram para a construção da imagem do adulto como um ser independente e de emoções controladas.

Em outros termos, a conjuntura social moderna ideologicamente voltada para valorização do indivíduo e do seu agir orientado pela razão, indicou o conjunto de atitudes e comportamentos por meio dos quais foi possível distinguir e identificar a categoria de adultos no contexto da modernidade.

Por outro lado, Featherstone (1994) argumenta que o registro dos nascimentos e das mortes gerou uma cronologização geral do curso da vida. Sendo assim, o Estado moderno assumiu seu papel de padronizar e universalizar as faixas etárias – estendidas para todos os grupos que eram obrigados a aceitá-las como direitos e deveres dos cidadãos. Além disso, houve uma maior padronização e ordenação do curso da vida.

> Uma série de idades compulsórias foi instituída para começar e deixar a escola, assim como para ingressar no trabalho, casar, votar, se aposentar, etc. (FEATHERSTONE, 1994).

Quando se considera o curso da vida humana pela perspectiva das ciências sociais fica claro que se está lidando com uma questão que é a intersecção da biologia e como a cultura. Particularmente importante aqui são os modos pelos quais o corpo humano coloca limites às possibilidades para a vida social (FEATHERSTONE, 1994).

Merleau-Ponty (1971) volta-se para o homem como um “ser – no mundo” e diz que as descobertas da ciência iluminam a conduta do homem, ao mesmo tempo em que revelam em que sentido o homem é capaz de transcender.

O simbólico, característica apenas do homem entre os seres vivos, é o que lhe permite transcender a situação, antecipando através da intenção seu próprio futuro. O humano não vem dotado de uma conduta pré-estabelecida e rígida, está aberto a respostas improvisadas e criativas, vai além do real, concebendo uma multiplicidade de possíveis. Seu corpo é visto como expressão e realização de intenção, desejos e projetos (MERLEAU-PONTY, 1971).

O homem não é uma obra acabada, pronta, é existência em movimento, é um ser no mundo, engajado em situação física e social, que constitui seu ponto de vista sobre o mundo, um vir a ser. Aliada a idéia de homem como um modificador do

mundo, tem-se a noção de desejo como trabalhado por Deleuze, citado por Mercadante (1997):

> Não há eclosão de desejo, seja qual for o lugar em que aconteça, pequena família ou escolinha de bairro, que não coloque em xeque as estruturas estabelecidas. O desejo é revolucionário, porque sempre quer mais conexões, mais agenciamentos (MERCADANTE, 1997).

A idéia de heterogeneidade, como uma marca fundamental das sociedades complexas, chama atenção para a participação diferenciada dos indivíduos e grupos da sociedade. Assim, esses mesmos indivíduos e grupos fariam leituras diferentes sobre temas comuns e gerais presentes em suas sociedades (MERCADANTE, 1997).

Portanto, reivindicar a diferença é um primeiro passo, mecanismo básico da construção da identidade de velho. Num segundo momento, cabe a avaliação da diferença, das muitas diversidades, heterogeneidade numa sociedade homogeneizadora.

Não só avaliar o movimento que vai da homogeneização para a criação das muitas e diversas identidades, como também o potencial novo e transformador que essas diferentes marcas possuem frente à sociedade mais inclusiva (MERCADANTE, 1997).

Também, antes de aplaudir o caráter libertário das marcas, deve-se perguntar em que medidas as mesmas não são simplesmente máscaras novas que escondem o velho, a diferença é uma questão chave para compreender qualquer possibilidade de autonomia específica do sujeito.

A velhice em nossa sociedade é concebida de tal forma (fenômeno biológico, com implicações sociais dramáticas) que reduz o velho a um mundo restrito, limitado, sempre em oposição ao mundo vivido antes com um mundo jovem, amplo e público.

A identidade de velho, como em geral é formulada (características físicas e biológicas), dá a ela uma substância que assume uma força e presença, que passa prioritariamente a definir os indivíduos. A velhice biológica nunca é um fato total. Os indivíduos não se sentem velhos em todas as situações e nem se definem como velhos em todos os contextos (MERCADANTE, 1997).

O termo Terceira Idade é uma construção das sociedades contemporâneas e vem sendo empregado por acreditar-se que é isento de conotações depreciativas e, como destacou Debert (1999), para atender a interesses de um mercado de consumo emergente.

Refere-se, em geral, àqueles idosos que ainda não atingiram a velhice mais "avançada", estão na faixa dos 55 aos 70 anos, e inclui, fundamentalmente, indivíduos que ainda têm boa saúde e tempo livre para o lazer e para novas experiências nessa etapa da vida (DEBERT, 1999).

Ao não depositarem ênfase em quaisquer segmentos da realidade vivida pelos velhos Beauvoir (1990) e Bosi (1994) descrevem que a velhice é percebida como fenômeno natural e social, que se desenrola sobre o ser humano, único, indivisível, que, na sua totalidade existencial, defronta-se com problemas e limitações de ordem biológica, econômica e sociocultural, que singularizam seu processo de envelhecimento.

Visto que cada um desses aspectos interage com todos os outros e é por eles afetado. De acordo com Beauvoir (1990), é "no movimento indefinido desta circularidade que se deve apreendê-la", (a velhive).

Tanto Beauvoir (1990) quanto Bosi (1994) concluíram, em relação à velhice, que a sociedade formula uma série de clichês baseados no fato de considerar o homem velho um objeto da ciência, da história e da sociedade, procede-se à descrição em exterioridade, isto é, o velho é descrito pelo outro e não por ele próprio.

Entretanto, advertiu Beauvoir (1990), o velho é "um indivíduo que interioriza a própria situação e a ela reage". Esse fato encerra a velhice em uma pluralidade de experiências individuais que impossibilita retê-la em um conceito ou noção ao investigá-la, deixando ao alcance do pesquisador, somente, a possibilidade de confrontar as diferentes experiências umas com as outras, a tentativa de identificar as constantes e a possibilidade determinar as razões de suas diferenças.

3.3 Ignorarmos Quem Seremos

É essencial perceber que não se evita por meios de artifícios ou mesmo ditos depreciativos, os aspectos da condição humana que nos desagradam, simplesmente

por não sermos capazes de assumir a totalidade de que nascemos, crescemos e amadurecemos.

> O problema com a velhice não é a velhice em si, mas a maneira como o idoso e os outros se colocam perante ela: o idoso se entende e é entendido num lugar onde seus projetos ou já foram realizados ou foram abandonados – nada o solicita. Não conseguimos compreender a velhice em sua totalidade, pois ainda nos falta reconhecer o valor de toda uma existência, preocupando nos com o que se realizou e com o que ainda se tem pela frente. A velhice não [...] paremos de trapacear; o sentido de nossa vida está em questão no futuro que nos espera; não sabemos quem somos, se ignorarmos quem seremos: aquele velho, aquela velha, reconheçamos-nos neles (BEAUVOIR, 1990).

O que fazemos, na verdade, é um trabalho constante de "sufocamento". Ao invés de valorizarmos a experiência, advinda com a idade, a "maturidade"; reduzimos e sufocamos a memória e os projetos dos idosos, roubamos-lhes a confiança, as possibilidades de caminho e de sentido. "Recusamos-nos a nos reconhecer no velho que seremos" (BEAUVOIR, 1990).

Não queremos pensar que todo esse processo acontecerá também conosco, se tivermos a sorte (ou será azar?) de vivermos tanto. Esse sufocamento encontra-se refletido na dificuldade que temos de nos reconhecermos velhos.

Quantas vezes não ouvimos uma pessoa de mais idade dizer que o importante é a idade do espírito? Quantas vezes essas mesmas pessoas nos dizem que têm um corpo de sessenta, mas uma mente de vinte? O que fundamenta essa nossa recusa de nos reconhecermos como idosos?

O problema parece não ser a idade em si, mas as limitações que a maioria de nós relaciona com o processo de envelhecimento. Quando alguém nos diz ter uma mente de vinte, num corpo de sessenta, quer nos dizer, em verdade, que a sua idade não implica em uma limitação de suas possibilidades sociais. Essa pessoa nos pede para não lhe roubarmos o direito de participar ativamente da vida em sociedade.

Mudar esse quadro significa deixar de entender a velhice como um fim e passar a entendê-la com um estágio do desenvolvimento humano. É por isso que todos os remédios que se propõem para aliviar a depressão dos velhos são tão irrisórios: nenhum deles poderia reparar a sistemática destruição de que os homens foram vítimas durante toda a sua existência (BEAUVOIR, 1990).

> Mesmo que se construa para eles residências decentes, não se poderá inventar-lhes a cultura, os interesses, as responsabilidades que dariam sentido à sua vida. Não digo que seja inteiramente inútil melhorar, no presente, sua condição; mas isso não traz nenhuma solução ao verdadeiro problema da última idade: como deveria ser uma sociedade, para que, em sua velhice, um homem permanecesse um homem? (BEAUVOIR, 1990).

Em vez de integração e respeito, preconceito e intolerância. Melhor que ser velho, é ser eternamente jovem. Menos uma escolha, mais uma obrigação.

Da velhice não se dissocia a doença na mesma medida em que a juventude é dissociada do aspecto biológico. Conceber, portanto, a velhice como um momento propício para novas experiências, revela antes a negação mesma dessa fase, e não sua aceitação, contexto este que será investigado com os procedimentos metodológicos expressos no próximo capítulo.

CAPÍTULO IV
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Com vistas a ampliar o estudo, um primeiro procedimento se encaminha na perspectiva de retomar as literaturas pertinentes, nacionais e internacionais, jornais, revistas e artigos científicos, na busca de base teórica sobre o processo de envelhecimento, a velhice, aparência e beleza física.

Quanto à pesquisa empírica, decidiu-se, por fundamental, realizá-la a partir da coleta de informações por meio de entrevistas junto a profissionais de diferentes formações, tais como psicologia, medicina, jornalismo e engenharia química, dentre outras, que atuam na área da beleza, na cidade de São Paulo, em 2010.

4.1 Tipo de Estudo

Estudo definido como prospectivo, descritivo e qualitativo, desenvolvido entre 02 de fevereiro e 29 de maio de 2010, na cidade de São Paulo, com pessoas de ambos os sexos e idades entre 35 e 50 anos. Realizado em duas etapas: a primeira com 10 sujeitos que responderam a 7 questões abertas sobre velhice e envelhecimento (apêndice 1) e a segunda com dois, destes sujeitos, por meio de questionário contendo 16 perguntas abertas, roteiro de entrevista sobre aparência e beleza física (apêndice 2).

A Metodologia da Pesquisa Qualitativa foi eleita para análise de características particulares de cada sujeito envolvido na dinâmica do o processo de envelhecimento, a velhice, aparência e beleza física, tendo como base autores que pesquisam nesta direção: Chizzotti (2003), Martinelli (1999) e Minayo (1994).

No seu estudo sobre pesquisa em ciências humanas e sociais, Chizzotti (2003) afirmou que a abordagem qualitativa parte do fundamento de que existe uma relação dinâmica e interdependente entre o sujeito e o objeto; um vínculo entre o mundo real objetivo e a subjetividade do sujeito.

O conhecimento não se reduz a dados isolados, eles devem estar conectados por teorias que expliquem os fenômenos. O sujeito-observador faz parte do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes significado. O

objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significado e relações que sujeitos concretos criam em suas ações.

Na pesquisa qualitativa, todos os envolvidos são considerados sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas para intervir na sua realidade. Porém, isto não significa que os conhecimentos práticos, a experiência cotidiana dos sujeitos, reflitam um conhecimento crítico que relacione esses saberes particulares com a totalidade; que as experiências individuais reflitam o contexto geral da sociedade (CHIZZOTTI, 2003).

Martinelli (1999) citou os seguintes pressupostos que fundamentam o método qualitativo:

- o reconhecimento da singularidade do sujeito; cada pesquisa é única, pois o sujeito é singular e, se a pesquisa pretende ser qualitativa, para conhecer o sujeito, devemos ir até ele e conhecer o contexto em que vive.
- o de que as pesquisas qualitativas partem do reconhecimento da importância de se conhecer o modo como o sujeito constrói e vive a sua vida, a experiência social do sujeito, e não apenas as suas circunstâncias de vida. Este pressuposto remete ao terceiro e último;
- que se expressa no reconhecimento de que conhecer o modo de vida do sujeito implica em conhecer sua experiência social.

Na abordagem qualitativa, um dos elementos indispensáveis é o contato direto com o sujeito da pesquisa, pois, “se queremos conhecer modos de vida, temos que conhecer as pessoas” (MARTINELLI, 1999).

Por isso o contato do pesquisador com os sujeitos da pesquisa e as trocas por eles realizadas é muito importante na busca do conhecimento sobre a realidade que procura descobrir.

A narrativa oral, por meio de roteiro de entrevista, é privilegiada na abordagem qualitativa, pois traz a realidade dos sujeitos a partir dos significados que são atribuídos por eles. Sendo assim, a pesquisa qualitativa não se ocupa com um grande número de sujeitos, pois procura aprofundar o conhecimento em relação aos sujeitos com os quais está dialogando, mesmo que seja em pequeno número.

Esta pesquisa, por ser um estudo qualitativo, não descartou a importância dos dados quantitativos, principalmente na primeira etapa para coletar o perfil dos sujeitos.

Nesta concepção, todos os fenômenos têm relevância e significado. Até mesmo os momentos de silêncio na relação pesquisador/pesquisado revelam informações e dados importantes.

Enfim, para justificar a escolha da entrevista como instrumento de coleta de dados nesta pesquisa, recorremos a Minayo (*1994*):

> É necessário afirmar que o objetivo das ciências sociais é essencialmente qualitativo. A realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados delas transbordantes. Essa mesma realidade é mais rica que qualquer teoria, qualquer pensamento e qualquer discurso que possamos elaborar sobre ela. Portanto, os códigos das ciências que por sua natureza são sempre referidos e recortados são incapazes de contê-la. As ciências sociais, no entanto, possuem instrumentos e teorias capazes de fazer uma aproximação da suntuosidade que é a vida dos seres humanos em sociedade, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória. Para isso ela aborda o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados e nas representações. É desse caráter especificamente qualitativo das ciências sociais e da metodologia apropriada para reconstruir teoricamente seu significado (MINAYO, 1994).

Vale ressaltar que todos os procedimentos seguiram os critérios que regem as pesquisas que envolvem seres humanos. Os profissionais que aceitaram participar do estudo foram informados sobre os objetivos do mesmo, e assinaram um termo de consentimento (apêndice 3) para o registro dos dados das entrevistas e publicações posteriores. Foram informados também acerca do sigilo quanto a sua identificação nominal.

Qualquer pesquisa envolvendo pessoas é um compromisso do pesquisador explicar extensa e cuidadosamente o que se pretende fazer de modo a incentivar a decisão livre dos sujeitos pesquisados. Para isso, as explicações foram dadas, aos sujeitos, em linguagem clara e acessível, especialmente quanto aos objetivos e resultados esperados, eventuais transtornos e implicações que o seu papel no estudo pudesse gerar.

4.2 Pesquisa de Campo

Simultaneamente ao embasamento teórico, associou-se a experiência da pesquisadora, enquanto psicóloga em instituição hospitalar e em uma Clínica de Cirurgia Plástica Estética e Reparadora para a construção de dois instrumentos de coleta de depoimentos sobre o tema, os quais foram aplicados separadamente em duas etapas.

4.2.1 Primeira etapa

A primeira etapa da pesquisa de campo iniciou quando a pesquisadora convidou, via Internet, 15 profissionais de diferentes formações, com idades entre 30 e 50 anos, que atuam na área da beleza, na cidade de São Paulo, para responderem um questionário (apêndice 1) sobre velhice e processo de envelhecimento.[11]

4.2.1.1 Critérios de Inclusão dos Sujeitos

- profissional que atua na área da beleza;
- profissional que respondeu ao inquérito encaminhado via Internet.

4.2.1.2 Critério de Exclusão dos Sujeitos

- profissional que não respondeu ao questionário encaminhado via Internet.

4.2.1.3 Identificação da Amostra

Do total de 15 pessoas que receberam o questionário via Internet, 10 (67%) responderam ao inquérito, sendo 05 mulheres e 05 homens, com idades entre 35 e 48 anos. O conhecimento empírico advindo dessa pesquisa mostrou o retrato inicial do processo de envelhecimento e da velhice para profissionais que atuam na área da beleza.

[11] Etapa que teve como modelo de pesquisa qualitativa o Dossiê Universo Jovem, aplicado pela MTV entre os anos de 2005 e 2008, com jovens com idade entre 13 e 30 anos, divulgado pela mídia. Acesso em 12/10/1009. Disponível em: http://www.aartedamarca.com.br/Dossie4_Mtv.pdf

4.2.1.4 Coleta das Informações

Paralelamente, tendo como modelo a pesquisa qualitativa do Dossiê Universo Jovem, de 2005 e 2008, sobre jovens de 13 a 30 anos de idade, no Brasil, a pesquisadora construiu um instrumento com 7 questões abertas sobre velhice e processo de envelhecimento (apêndice 1), e encaminhou, via Internet, em 02 de fevereiro de 2010, para profissionais que atuam na área da beleza. Essa etapa encerrou-se em 24 de março com o total de 10 (dez) questionários respondidos.

Destaca-se que uma das dificuldades encontradas foi a demora no envio de questionários respondidos pelos sujeitos. Sendo que neste intervalo, de aproximadamente cinco meses, foi necessário encaminhar e.mail aos profissionais solicitando enfaticamente o envio das respostas.

4.2.2 Segunda etapa

A realidade encontrada na primeira etapa permitia aprofundamento, conseqüentemente estimulou a pesquisadora a investigar como essas pessoas relacionavam o processo de envelhecimento e velhice com a aparência e beleza física. Por isso, a pesquisa de campo evoluiu para uma segunda etapa, na qual foi escolhido, de forma aleatória, dois (2) destes sujeitos para coleta de depoimentos a partir de questionamentos intencionais de acordo com os objetivos deste estudo (apêndice 2).

4.2.2.1 Critérios de Inclusão dos Sujeitos

- profissional que tenha assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 3)

4.2.2.2 Critérios de Exclusão dos Sujeitos

- profissional que não tenha assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 3)

4.2.2.3 Identificação da Amostra

Foi escolhida de forma aleatória (sorteio) dois (2) dos dez (10) sujeitos selecionados na primeira etapa, uma mulher e um homem, com 43 e 44 anos de idade, respectivamente.

4.2.2.4 Coleta das Informações

Em abril de 2010 teve início a segunda etapa, de aprofundamento dos temas, na qual buscou-se possibilitar aos sujeitos e pesquisadora se expressarem por meio de entrevista, utilizando a técnica do gravador, para construir referências básicas que, em conjunto com as reflexões de diversos autores, constituem os fundamentos deste trabalho.

Inicialmente, foram feitas duas entrevistas piloto (pré-testes) que favoreceram e ajudaram a reformulação, gradativamente, das questões buscando maior clareza e desenvoltura na aplicação do questionário.

Tarefa complexa, a construção do instrumento para essa segunda etapa da pesquisa, buscou a partir do levantamento sobre os aspectos da velhice e processo de envelhecimento, já coletados na primeira etapa, definir questões voltadas ao processo de envelhecimento, velhice, aparência e beleza física, trazendo características sociais, culturais, econômicas e de saúde, permitindo, dessa forma, a apreensão da realidade e da complexidade do medo da velhice no discurso das pessoas estudadas. Para tanto, o instrumento com 16 questões abertas (apêndice 2), em formato de roteiro de entrevista, foi fundamental para a elaboração do banco de dados.

Tendo concluído o instrumento, iniciou-se o planejamento para a coleta de dados. À semelhança de todos os pesquisadores, teve-se a responsabilidade não só de obedecer às normas confiáveis para colher as informações, como também de respeitá-las, quanto a conclusões e interpretações que correspondam ou não aos objetivos e expectativas do estudo (PORTELLI, 1997). As preocupações éticas se atestam com a não identificação das duas pessoas que prestaram depoimentos. O anonimato foi garantido por meio da assinatura em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 3).

Após escolha aleatória de dois sujeitos, por meio de sorteio, a pesquisadora entrou em contato, via telefone, para convidá-los a participar desta segunda etapa. As entrevistas foram feitas em uma sala reservada, sem vínculo com os locais nos quais os sujeitos trabalham, separadamente em dois sábados, 15 e 29 de maio de 2010, respectivamente. [12]

[12] Os dois sujeitos trabalham no mesmo local, ela há 1 ano e ele há 13 anos.

4.2.2.5 Técnica de Gravador

A técnica de gravador foi o recurso utilizado para colher os depoimentos. As narrativas dos sujeitos foram transcritas na íntegra, procurando resguardar o máximo da originalidade das mesmas e da correção, efetuada quando necessária para melhor compreensão do leitor.

Essa técnica foi eleita com a finalidade de apreender-se algo mais do que o simples conteúdo das narrativas. As gravações mostraram como é rica a capacidade de expressão dos sujeitos, permitindo que a fala de pessoas comuns fosse expressada e compreendida. Thompson (1992) descobriu uma outra finalidade para a técnica: "ajudar a fazer com que as pessoas comuns confiem em sua própria fala". À medida que foram narrando, a confiança foi transparecendo e os participantes falaram até sobre experiências antes silenciadas. Compartilharam suas experiências de vida, não para confirmar, mas para mudar suas perspectivas e do mundo, em relação ao processo de envelhecer. No entanto, foi observado no inicio das entrevistas certa resistência a técnica de gravador, a qual foi se dissolvendo ao longo dos relatos.

4.3 Análise das Informações

O primeiro passo, análise quantitativa das informações, foi definir o *software* SPSS 11.0 for Windows para a entrada (digitação) e tratamento estatístico dos dados obtidos.[13]

Os resultados das variáveis quantitativas foram analisados a partir das medidas descritivas dos valores: mínimo, máximo, mediana, média e desvio padrão. As variáveis qualitativas foram analisadas a partir da distribuição de freqüências, envolvendo as freqüências absoluta e relativa percentual, as quais serão apresentadas no capítulo a seguir em gráficos.

No segundo passo, análise qualitativa, optou-se pelo SPAD.T[14], que trouxe várias possibilidades de enfoque, ao mapear os contextos descritos pelos sujeitos em suas narrativas.[15]

---

[13] O Programa *Statical Package of Social Sciences* (SPSS for Windows – 11.0) é um programa específico para tratamento de dados estatísticos recomendado por Campana e colaboradores (2001).
[14] *SystŠme Portable pour l'Analyse des Donn* (SPAD.T es Copyright (C) CISIA, 1989, 1993 - Version 1.5) programa específico para tratamento de dados qualitativos em Ciências Sociais.
[15] No anexo 2 as regras para composição dos arquivos de dados do SPAD.T.

Das informações coletadas, tanto na primeira quanto na segunda etapa da pesquisa, o SPAD.T detectou as frases mais características, as quais foram classificadas em categorias analíticas, definidas a partir das concepções de Néri (2001) sobre o processo de envelhecimento e velhice que, segundo a autora, pode gerar efeitos diferentes para cada pessoa, dependendo de suas experiências e das suas concepções e crenças sobre o processo. Assim, o indivíduo pode encarar a chegada à velhice de forma positiva, como ocasião para colheita dos frutos plantados ao longo de toda a sua existência, ou negativa, como período de isolamento e de desistência da vida (NERI, 2001b; 2001c).

Portanto, por meio da compreensão dos estudos de Néri (2001b; 2001c) definiu-se duas (2) categorias analíticas para a discussão qualitativa deste estudo, assim elencadas:

- Concepção Positiva, na qual a velhice é uma ocasião para colheita dos frutos plantados ao longo de toda a existência.
- Concepção Negativa, quando a velhice é um período de isolamento e de desistência da vida.

A apresentação e análise dos resultados qualitativos serão descritas no Capítulo V, a partir das duas categorias, concepção positiva e concepção negativa, e em três sub categorias, identificadas após leitura criteriosa dos recortes levantados do arquivo de dados do SPAD.T, composto pelas narrativas dos sujeitos deste estudo.

CAPÍTULO V
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados são aqui descritivamente analisados a partir de gráficos e recortes das narrativas dos sujeitos, que melhor caracterizam o retrato da relação entre o envelhecer e a demanda pela beleza jovial, permitindo dessa forma, a apreensão da realidade e da complexidade sobre o processo do envelhecimento para profissionais que atuam na área da beleza.[16]

Inicialmente serão apresentadas as informações extraídas das entrevistas junto aos 10 sujeitos, de fevereiro a maio de 2010, na cidade de São Paulo, permitindo a visão geral do que os números mostram sobre o perfil da amostra estudada. [17]

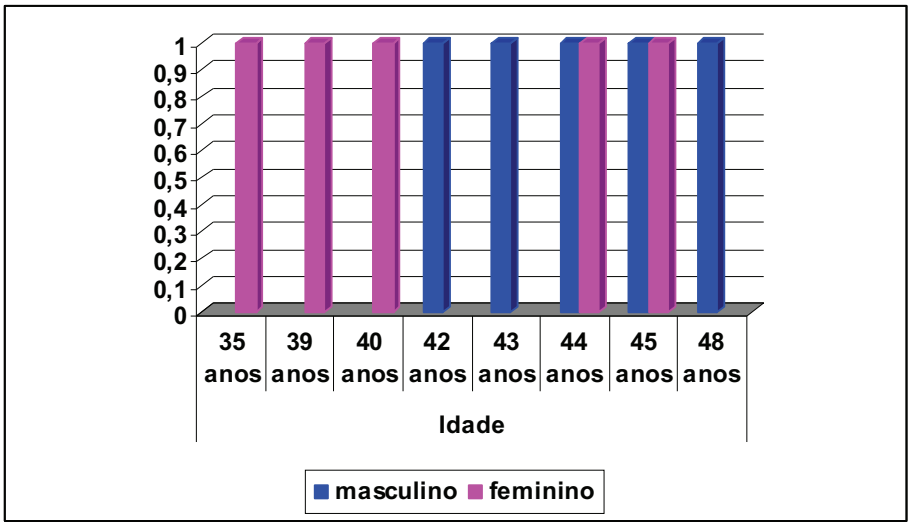
Posteriormente será realizada a análise descritiva das frases mais características encontradas no levantamento do SPAD.T, tendo como base de análise as concepções positiva e negativa de Néri (2001) sobre o processo de envelhecimento e velhice, bem como aparência e beleza.

5.1 Perfil Quantitativo da Amostra

Estamos entrando no universo de profissionais que atuam na área da beleza, na cidade de São Paulo, que têm, em média, 42,5 anos. O perfil, por sexo e idade, apresentado no gráfico 1 mostra que as idades dos 5 (50%) sujeitos do sexo masculino variam de 42 a 48 anos, já as dos 5 (50%) do feminino de 35 a 45 anos.

[16] Detectados a partir do método analítico informatizado SPAD.T.
[17] A despeito de a amostragem ser reduzida a 10 sujeitos, considerou-se importante, para efeito analítico, a demonstração dos resultados em forma de gráficos.

Gráfico 1 - Distribuição da freqüência de profissionais que atuam na área da beleza por sexo e idade. São Paulo, 2010 (n=10).



Do total de 10 sujeitos, 8 (80%) atuam em clínica de estética, sendo duas (2) psicólogas, com 35 e 39 anos de idade; duas (2) enfermeiras, com 44 e 45; uma (1) farmacêutica, com 40 e; três (3) médicos, com 43, 44 e 45. O engenheiro químico industrial, com 42, atua em empresa de produtos de beleza e o jornalista, com 48, em revista de estética (gráficos 2 e 3).

Gráfico 2 - Distribuição da freqüência de profissionais que atuam na área da beleza por formação profissional e idade. São Paulo, 2010 (n=10).

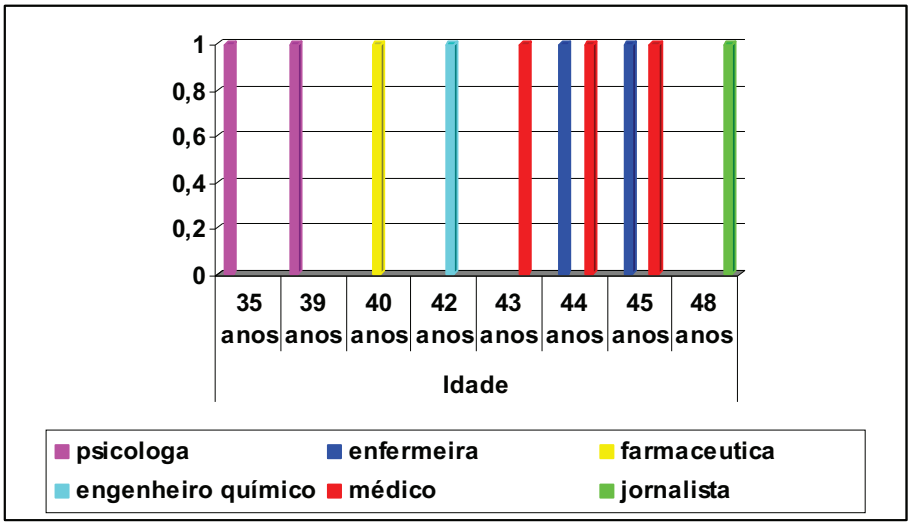
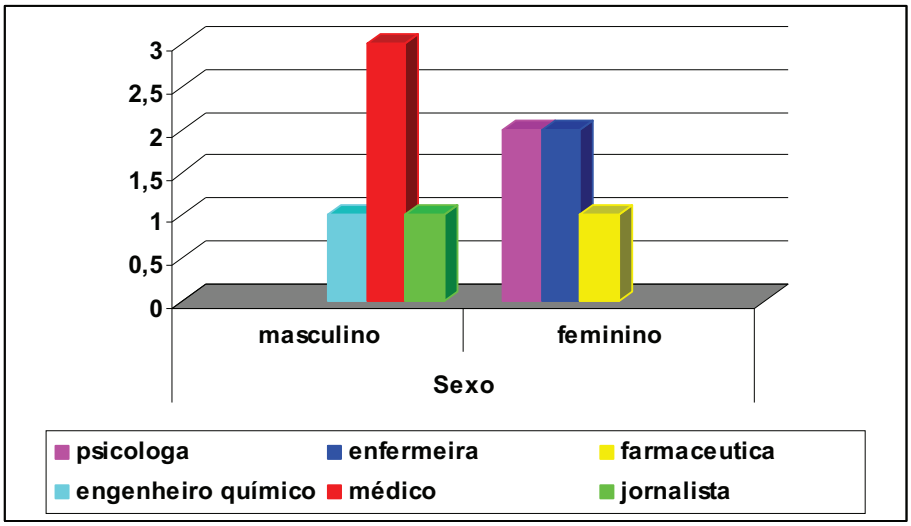


Gráfico 3 - Distribuição da freqüência de profissionais que atuam na área da beleza por formação profissional e sexo. São Paulo, 2010 (n=10).



Outra informação importante foi que dos 10 participantes, 7 negaram utilizar intervenções invasivas[18] para retardar ou esconder o envelhecimento, no entanto não despeçam cremes, alimentação, ginástica, caminhadas e tintura para cabelos.

Me cuido, claro. Penso na saúde e no meu bem estar. Busco cuidar do corpo e pele para os manter saudáveis, mas não para esconder a idade que tenho. 42 anos com corpinho de 41... 42 anos, engenheiro químico.

Apenas três (3) citaram Toxina Botulínica tipo A, Lipoaspirações[19] e *Lifiting* facial[20]. Destacando a seguinte fala:

Intervenção cirúrgica, não. Porém eu utilizo outros meios: alimentação, caminhadas, botox, tintura para cabelos, cremes, etc. 40 anos, farmacêutica.

Os sujeitos pesquisados constituindo a amostra deste estudo eram homens e mulheres com idade média de 42,5 anos, de nível de formação superior, oriundos de profissões diferenciadas, atuantes na área da saúde, estética, cosmética e comunicação e que de um modo geral utilizam-se de recursos tecnológicos dispostos no mercado para retardar ou escamotear o processo de envelhecimento,

[18] Significado de Invasivo: adj. Relativo a invasão. Tendente a invadir. Hostil, agressivo. Medicina Que envolve penetração num organismo ou em parte dele (p. ex., por incisão). Disponível em: http://www.dicio.com.br/invasivo/

[19] Definição: Remoção do excesso de gordura corporal através de pequenas incisões, mediante aspiração (lipoaspiração) com equipamento de sucção cirúrgica. Disponível em: http://adam.sertaoggi.com.br/encyclopedia/ency/article/002985.htm

[20] O lifting facial proporciona ao rosto e pescoço uma aparência mais jovem. O lifting Facial é uma cirurgia altamente individualizada na qual o grau de flacidez da pele, bem como a estrutura óssea são determinantes no resultado estético final. Disponível em: http://bellle.com/pro-ritidoplastia-intro.html

aparentemente demonstrando certo grau de dificuldade em lidar com a delicada perspectiva do próprio envelhecimento.

5.2 Análise Qualitativa

Os resultados qualitativos foram analisados a partir da classificação em duas categorias, concepção positiva e concepção negativa, definidas a partir da compreensão dos estudos de Néri (2001) e em três sub categorias, identificadas após leitura criteriosa dos recortes levantados do arquivo de dados do SPAD.T, composto pelas narrativas dos sujeitos deste estudo. Portanto, a discussão das concepções positivas e negativas ocorrerá ao longo da distribuição das seguintes sub categorias:

5.2.1 A fotografia do envelhecimento

Na busca de explicações para o próprio processo de envelhecimento os participantes apresentam nos seus discursos alguns conceitos negativos que consistem na combinação de fatores como: perdas das funções físicas e cognitivas:

> *...sentir dificuldade em me lembrar das coisas.* 40 anos, farmacêutica.

> *...quando vejo mudanças hormonais em mim, o corpo muda de formas, fios de cabelo branco que aparecem aos montes... e as crianças ao redor que insistem em se formar na faculdade, casar, engravidar...* 45 anos, enfermeira.

O envelhecimento estaria associado à passagem do tempo e a ausência de doenças, mas com o alto risco para o aparecimento destas a velhice passa a ser relacionada ao desgaste e à finitude:

> *Com a minha idade, já estou na crise dos 50 há pelo menos dois anos! Velhice é sabedoria e experiência; contudo o corpo dá os primeiros sinais de desgaste e aí a finitude não é algo externo, mas real e palpável! O preparo interior é intenso para que me torne o homem velho: alegre, sereno e sábio. Tudo com dignidade!* 48 anos, o jornalista.

> *...eu penso, quando vejo meus entes queridos indo embora, envelhecendo, não sendo mais tão fortes quanto antes...* 45 anos, enfermeira.

Mesmo quando associam velhice e envelhecimento à mudança, ainda consideram em suas falas sinônimos de doenças ou inatividade – depreciação do ser.

...já penso e isso me deixa terrivelmente assustado e deprimido, pois não me venham com esse lero-lero de experiência que a velhice traz. Envelhecer é uma m. 44 anos, médico.

Também, foi observado que ao expressarem pensamentos sobre o processo de envelhecimento, os participantes, vinculam-no à noção de que o indivíduo apresenta um potencial para desenvolvimento. Tal conceito resgata, desta forma, os aspectos positivos da velhice para alguns sujeitos.

...hoje eu sou jovem, ao encontrar uma geração mais velha, pensarei bem nisto antes de mais nada:"Ele sou eu amanhã. Ele, hoje, representa o respeito que quero ter também, amanhã." 35 anos, psicologa.

Acho que penso sempre. É uma constante, pois sei que tenho que me preparar para tal... Engraçado, que ainda me sinto como se tivesse 18 anos... será que vou envelhecer mesmo algum dia? 42 anos, engenheiro químico.

Condições dinâmicas, históricas, não apenas individuais e/ou profissionais, mas também coletivas do envelhecimento foram destacadas pelos sujeitos. Associadas aos ideais da sociedade, às condições e valores existentes no ambiente onde o indivíduo envelhece e a sua história pessoal e de seu grupo etário, ao velho são acrescidos atributos: biológico, psicológico e/ou social; porque ele resulta de uma interação entre indivíduos e sociedade em mudança, como será apresentado a seguir.

5.2.2 O velho visto pelo outro

O envelhecimento, enquanto processo vivido pelos sujeitos deste estudo, envolve a ausência de incapacidade e doenças, manutenção de elevados níveis de capacidade funcional e habilidade cognitiva e, ainda, a preservação de atividades produtivas e sociais. A estes fatores positivos também são acrescidas, pelos sujeitos, a sabedoria e a espiritualidade. Dos 10 sujeitos entrevistados, 6 descreveram uma pessoa velha de forma positiva, pois ela é:

Sábia. 39 anos, psicologa.

...uma pessoa que sobrevive a passagem dos anos e consequentemente ao desgaste natural do seu organismo. 40 anos, farmacêutica.

...alguém com experiências de vida. 45 anos, médico.

...mais sensivel, mais suscetivel, mais experiente. 43 anos, médico.

Para mim, a pessoa idosa é antes de mais nada um adulto idoso, isto é, creio que um idoso é uma pessoa única, bastante rica em experiências pessoais... 35 anos, psicologa.

Serena, equilibrada e aberta para o amor. 48 anos, o jornalista.

Quatro (4) sujeitos identificaram na pessoa velha aspectos negativos, ao tratarem do conceito "velha" como resultado da confluência da saúde psicológica vinculada à habilidade de se ajustar às circunstâncias.

...aquela que desiste de tudo. 44 anos, enfermeira.

Aquela que não enxerga mais possibilidades na vida, que perde as esperanças de projetos futuros e que não assimila mais a mudança dos tempos, pelo menos em parte. 42 anos, engenheiro químico.

...não estar mais disposta a encarar os desafios da vida... 44 anos, médico.

(nem sempre tem a ver com a idade) ...é uma pessoa que não tem mais perspectiva de vida, perde a esperança no amanhã, se cansa do hoje... 45 anos, enfermeira.

Quanto à questão de gênero, dois sujeitos identificaram o homem velho positivamente, propuseram uma distinção entre a aparência física e a sabedoria:

Nosso Guru. 39 anos, psicologa.

Grisalho, com barriga, mas com uma alegria e um saber digno de todo vovô! 48 anos, o jornalista.

Para a mulher velha, 4 participantes romperam mitos e tabus ao elegeram qualidades positivas, buscando superar enfaticamente a sua imagem tradicional de dona de casa. Em suas falas foram identificadas como fatores preditivos a independência, para atividades de vida diária, a autonomia, a satisfação com o relacionamento familiar e o cultivo de amizades.

Memória da família. 39 anos, psicologa.

...serena, tranquila, sensata e experiente, que sabe dar bons conselhos, aquela que sabe fazer as melhores comidinhas, bolinho de chuva e outros quitutes, sensata, carinhosa com netos e filhos, aquela pessoa que está sempre com amigas em cafés e sessões de cinema para terceira idade. 43 anos, médico.

Sabedoria da vida... 35 anos, psicologa.

Grisalha, mas com o tom de sua tintura preferida!!! Alegre, já recuperada dos problemas da menopausa e com muito amor para dar! 48 anos, o jornalista.

Por outro lado, nos aspectos negativos do homem velho apareceram os estigmas que contribuem para a imagem negativa da velhice:

...aquele que deixou de se gostar. 44 anos, enfermeira.

Aquele que não possui mais sonhos, não produz mais e não consegue mais motivar os outros a fazerem coisas, desafiarem seus limites e a viverem as suas próprias vidas. 42 anos, engenheiro químico.

...geralmente chato, rabugento, lerdo. 44 anos, médico.

...as vezes centro das atenções, outros motivo de preocupação e cuidados dos familiares, ou então fardo, para as famílias que os mantem vivendo em suas residências e não tem paciência com eles. 43 anos, médico.

Esses relatos revelam que a vivência da velhice se dá primeiro no corpo – que estigmatiza e incomoda o velho. A visão do corpo imperfeito, em declínio, enrugado, enfraquecido, amplia-se para a personalidade, os papéis sociais, econômicos e culturais do velho. Bem como a imagem tradicional de dona de casa, da figura de uma avó com cabelos grisalhos, óculos de grau, dependente, apática e recatada, foi o retrato da mulher velha mostrado negativamente nas narrativas analisadas neste estudo:

...aquela que já não se importa consigo mesma. 44 anos, enfermeira.

Xiiii... um bagulhão! Acho que a sociedade é mais cruel com elas... 42 anos, engenheiro químico.

...aquela que deixa de ter vida própria pra viver a dos netos, fica assexuada, se torna dependente de filhos, pára de se cuidar e só sai se for pra casa dos netos e filhos. 45 anos, enfermeira.

Segundo a maioria dos participantes (9) alguém está velho quando aspectos negativos dos componentes biológicos, da condição social e da auto-avaliação o caracterizam.

Está precisando mais de nós do que nós deles. 39 anos, psicologa.

Desanima. 44 anos, enfermeira.

...começa a se movimentar mais lentamente, a falar mais baixo... é quando apresenta maior dificuldade em se lmbrar das coisas. 40 anos, farmacêutica.

Tem um ar de desânimo e começa a viver do passado... 42 anos, engenheiro químico.

...a alegria de viver diminui. 44 anos, médico.

...essa pessoa faz poucos planos para o futuro e fala muito do passado. 43 anos, médico.

Esses aspectos estariam relacionados a ocorrência de incapacidade, ou doença e ou a falta de engajamento ativo com a vida. Isso fica claro na única narrativa que trouxe aspectos positivos para caracterizar alguém quando velho:

Mantém um olhar sereno, profundo e observador. 48 anos, o jornalista.

Quanto à fase da velhice, apenas dois sujeitos indicaram aspectos positivos:

Conhecimento. 39 anos, psicologa.

Sabedoria, experiência acumulada na vida. 48 anos, o jornalista.

Com relação aos aspectos negativos da velhice, foram eleitas as narrativas que destacaram principalmente as perdas físicas e emocionais dessa fase, associadas a difícil manutenção de contatos sociais.

...a degeneração das funções fisiológicas. 40 anos, farmacêutica.

Uma m... na verdade, não sei bem o que é, mas imagino. 42 anos, engenheiro químico.

...sensação de perda de atrativos, de certo grau de solidão e abandono , fase de reflexões e recordações do que se viveu. 43 anos, médico.

Das entrevistas realizadas com 10 (dez) que responderam ao inquérito sobre processo de envelhecimento e velhice foi possível verificar fatores contribuem para o medo da velhice. A análise descritiva apresentada a seguir tenta explicar a relação entre o envelhecer e a demanda pela beleza jovial para estes profissionais, tendo como base o que consideram de positivo assim como o que consideram negativo em suas falas.

5.2.3 A relação entre o envelhecer e a demanda pela beleza jovial

A apresentação de recortes das narrativas de dois (2) sujeitos selecionados aleatoriamente, por sorteio, a seguir, confirmará teoricamente as categorias analíticas eleitas a partir dos estudos de Néri (2001) e, também, trará descobertas novas e até surpreendentes, como o contexto que propiciou surgimento e manutenção da beleza jovial para estes profissionais, além de delinear a relevância e o impacto desse contexto nas interações sociais e suas conseqüências no processo de envelhecimento e na fase da velhice.

Destaca-se a visão do sentirem-se bem com a aparência e beleza física, da beleza atual, da atratividade física, do cuidado com a aparência e da cirurgia plástica e suas opiniões sobre o quê querem, confrontando a mídia e a verdade sobre a beleza. Visto que o preconceito sobre a velhice é um constructo de relevância neste contexto, os primeiros relatos analisados explicitam as atitudes de consumo dos sujeitos deste estudo. Um ponto relativo refere-se ao que antes era atributo da natureza, beleza, agora deve ser conquistada.

Acho que o resultado você vê no espelho. Você faz uma cirurgia, depois do tempo que você tem que esperar, você vê que tinha uma coisa que te incomodava muito e você não vê mais no espelho: isso é extremamente agradável. Aí tem que continuar fazendo, quem não fez, depois que experimenta não vai querer deixar de fazer. médico, 44 anos.

Os discursos e as publicações de um padrão corporal a ser seguido constroem um sentido e vendem uma imagem determinada sobre a aparência e a beleza física. Sendo que esse discurso, por vezes, ao adentrar no cotidiano dos profissionais, sujeitos deste estudo, gera para eles determinadas verdades.

Depois do banho sempre me hidrato. É creme no pescoço, creme no rosto, para os pés, que também eu acho uma coisa super importante, para o corpo e também vou a cada semana ao salão para fazer a unha, faço podologia uma vez por mês, também vou arrumar meu cabelo, para fazer a raiz, um corte, ou para fazer mechas, então, toda semana eu tenho uma rotina desses procedimentos... Passo filtro solar. enfermeira, 43 anos.

Eu uso um creme pra região dos olhos, uso um creme para pálpebra e um creme para o pescoço que agora eu estou usando todos os dias, eu uso o mesmo. Costumo ir a dermatologista já inclui nos cremes o filtro solar inclusive... Eu tenho a preocupação em estar usando sempre protetor solar, usando um creme para o rosto antiidade, tanto de dia quanto de noite, de estar fazendo cirurgia de coisas que me incomodam principalmente no rosto que é o cartão de visita da gente. médico, 44 anos.

As narrativas ressaltam o interesse, a busca e os investimentos por um corpo bonito, magro e saudável. Para os entrevistados a influência da mídia ao divulgar produtos e serviços de beleza é uma questão que cotidianamente pode ser percebida por meio dos mais diferentes discursos presentes na sociedade, como por exemplo: revistas, jornais, programas de televisão, rádio, cinema, internet, academias, clubes, dentre outros.

*Culto à beleza e a jovialidade é uma coisa bastante intensa no país... Eles (*mídia*) valorizam bastante, não a terceira idade, mas a pré-terceira idade... Porque o consumidor dessa faixa etária é bem grande... Antes eu assinava uma revista de estética, que vinha com os procedimentos estéticos voltados para o profissional de saúde... Eu já participei de congresso de estética...* enfermeira, 43 anos.

O que eu vejo em revistas e artigos, sempre tem novidades; o pessoal tem trazido coisas novas, estão fazendo aqui, já usam bastante, o laser. médico, 44 anos.

Felizmente ou infelizmente, o que não faltam são opções de tratamento embelezador, uma vez que aumenta a expectativa de vida e, com ela, o medo da velhice se torna mais forte e a preocupação com o envelhecimento.

Mais agora, primeiro porque eu acho que por conhecimento até, a gente com o passar do tempo, vai vendo, vai se informando mais sobre as coisas e com certeza é a questão do tempo mesmo passando, quando a gente é mais jovem a gente não se liga muito, o espelho não mostra muita coisa errada, conforme o tempo vai passando a coisa vai ficando mais grave e aí a gente vê o que tem que melhorar, eu acho que minha preocupação é muito maior agora sim, com certeza. médico, 44 anos.

A gente vai tentando preservar o que a gente já foi, tentando perder o menos possível... Vai consumindo produtos pertinentes, não o mesmo que você usava antes, você vai tentando usar os atuais, que vão levar aos resultados que tinha antes. enfermeira, 43 anos.

O crescimento vertiginoso da indústria da beleza mostra, como se construiu socialmente, a legitimação dos cuidados com a aparência e a beleza física. Esses cuidados foram assim relatados pelos entrevistados:

...Eu me cuido, eu tento ler muito a respeito disso, sou meio autodidata, procuro também alguns profissionais relacionados a isso, sempre quero saber das novidades, que podem melhorar na aparência, porque isso é uma coisa que eu gosto muito. Não é uma coisa de momento, mas é uma coisa que eu trago desde a minha infância... é uma coisa que eu faço com muito prazer. enfermeira, 43 anos.

É uma preocupação natural eu me cuido naturalmente, uso um creme no rosto, gosto de me sentir bem, isso de mim, sempre foi assim, estar bem. Quando eu vejo que alguma coisa está me incomodando eu procuro saber pra melhorar isso em todos os sentidos, usar alguma coisa e se for o caso, fazer uma intervenção cirúrgica. médico, 44 anos.

Ora descritos como uma necessidade naturalmente física e mental, esses cuidados migram para o terreno da vaidade:

...Eu me membro, eu sempre fui uma pessoa vaidosa, mas eu não tinha tanta preocupação com o corpo. Quando eu era mais novo, minha vaidade era assim de usar uma roupa legal, estar bem vestido, usar um relógio bacana, não tinha muita preocupação com meu corpo. Hoje em dia eu tenho muito mais e eu acho que a tendência é dar uma aumentada, daqui a dez anos vira uma neurose. médico, 44 anos.

Por outro lado, os profissionais, sujeitos deste estudo, consideram importante ter boa cabeça e estarem bem consigo. Um ponto que chamou a atenção durante as entrevistas foi a postura positiva deles em relação a vida, priorizando o bem-estar próprio, uma questão de auto-estima:

Olhar no espelho e me sentir mais feliz, acho que é o que mais estimula. Eu vejo que está dando certo, então, estou tranquilo. enfermeira, 43 anos.

Os entrevistados trouxeram em seus discursos o desejo de ser bem percebido pelos outros. Desta maneira, pareceu existir uma relação real e concreta da pessoa com sua própria beleza e os ideais de beleza que possuem, tais como: sua auto-avaliação da aparência e beleza física e seu grau de satisfação pessoal com a sua beleza e aparência física:

Eu acho que as pessoas tratam melhor, quando a pessoa tem uma aparência física melhor. Quando você se olha e gosta e recebe algum elogio... Eu olho e gosto, se a pessoa fala, eu acabo acreditando. Você faz por você, mas se você tem um reconhecimento, fica melhor. enfermeira, 43 anos.

De você buscar uma melhora na aparência física e isso te dá uma coisa que é visível para as outras pessoas, traz um retorno, um reconhecimento, eu me sentir melhor, mais novo. Eu tenho sim a preocupação de não aparentar a idade que eu tenho, é lógico que você gosta de ouvir que você está bem, não aparenta idade... Às vezes a pessoa pode estar linda, maravilhosa, esteticamente falando e por dentro estar um lixo, mas todo mundo acha que você está ótimo porque você está apresentável. médico, 44 anos.

Em seus relatos constata-se que a imagem do belo criada e veiculada por meio da mídia não corresponde de fato àquela presente no cotidiano das pessoas e ainda mais, a que desejariam ver retratada. Para os profissionais a mídia vem disseminando os seguintes padrões de beleza:

... ter o corpo malhado, sarado, de estar magro. médico, 44 anos.

... de ter aquele corpo perfeito, cintura fina, peitão... enfermeira, 43 anos.

É evidente como a mídia coloca em voga o culto a beleza além de criar e propagar padrões de beleza. Nas entrevistas foi possível identificar a postura dos participantes com relação ao consumo, à mídia e à indústria de beleza.

Bom, acho que produto não falta, nem serviço... Aqui mesmo a pessoa simples, um batonzinho sempre tem na bolsa. Eu consumo creme, consumo serviços na área de estética, gostaria até de ter mais tempo, tanto monetariamente quanto fisicamente, para poder usar mais esses outros recursos da parte estética... Basta ter disponibilidade financeira e de tempo pra fazer isso. enfermeira, 43 anos.

... Depende de você, você ter a vontade, você ter a vaidade de correr atrás. Porque a questão financeira é importante, mas hoje em dia você encontra, por exemplo: um bom creme pra rugas, tem em farmácia barato, dessas marcas mais populares, então as pessoas têm acesso a isso basta querer investir nisso mesmo quem seja um valor pequeno. médico, 44 anos.

Condizente com a atitude revelada de se considerarem vaidosas e de o ato de se cuidarem ser um compromisso com elas próprias, as pessoas entrevistadas

relataram comportamentos que efetivamente refletem a relação entre o envelhecer e a demanda pela beleza jovial.

Já fiz cirurgia na pálpebra superior, pálpebra inferior; já fiz uma correção na mandíbula, já fiz cirurgia de papada duas vezes, recentemente eu fiz um lifting, esse ano, há cinco meses, fiz abdômen duas vezes, estética só. Agora eu estou pensando em fazer um laser por causa de uma cicatriz que ficou da cirurgia, tirando isso, eu já fiz limpeza de pele todos os dias, botox eu fiz uma vez só. médico, 44 anos.

Consomem produtos e serviços desenvolvidos especialmente para manter a aparência e beleza exterior. Assim, estão dispostos a adquirir cremes antiidade importados, principalmente por possuírem tradição de bons resultados testados por amigas ou familiares, também pela imagem da marca e imagem do país de origem, além da sensação de exclusividade proporcionada por marcas de cosméticos de luxo.

Na medida que eu fico sabendo que tem um produto novo no mercado e que vai ser uma coisa que vai melhorar o aspecto visual, eu vou, compro e uso. enfermeira, 43 anos.

Ao ocupar o lugar dos valores morais e éticos, a busca da beleza jovial é confundida com felicidade e realização, gerando em alguns momentos grandes frustrações e dor.

Eu tive uma complicação na pálpebra, uma cirurgia que eu fiz e levou uns três, quatro meses pra ficar com um resultado bom, tipo um edema importante, fez uma alteração de pálpebra então isso gerou uma ansiedade, uma frustração grande que com o tempo passou. médico, 44 anos.

Fiz um peeling que se chama peeling de gás carbônico fracionado, que na verdade só era feito em centro cirúrgico, agora foi liberado, pode ser feito em clínicas... Você fica como se estivesse com o rosto queimado, sensível, no começo você faz uma compressa de água gelada... Você toma medicamento para melhorar a dor... Diminuíram as manchas. enfermeira, 43 anos.

A fala dos sujeitos demonstra que estão envelhecendo com saúde e com beleza, por isso parecem ter uma imagem corporal positiva. Pode-se considerar que o crescimento do segmento composto por indivíduos com idade superior a 60 anos, que permaneceu ignorado pelos profissionais de marketing, atualmente está na mídia rebatizado de “terceira idade” para “melhor idade”. Deste modo, em suas narrativas estabelecem a seguinte relação: a beleza depende da saúde e a prevenção do envelhecimento envolve a manutenção de ambos, assim observam:

Em relação à terceira idade, uma melhor qualidade de vida, não só em relação à estética a gente ouve, vê na televisão... vê artigo sobre a necessidade de atividade física, uma boa alimentação... O foco sempre é na juventude, na busca da aparência mais jovem com certeza. médico, 44 anos.

Bem, a própria maturidade mesmo. A idade. É um conjunto de fatores, não só a parte externa, mas à parte da saúde... Se a pessoa estiver com um estado de saúde precário, fica difícil conseguir, porque tudo é uma consequência... enfermeira, 43 anos.

Vale salientar que a importância das habilidades sociais, a saúde e a qualidade de vida é fundamental para todas as faixas etárias da população. As pessoas que estão vivendo a faixa etária dos 35 aos 50 anos, como os sujeitos deste estudo, vão tentando buscar meios para que possam ter as duas coisas, a saúde e preservar a jovialidade.

Basicamente seria juventude, o parecer estar mais jovem, não aparentar idade. No meu caso, estou com mais de quarenta anos, a gente vê sinais que não tinha há dez anos. Eu não gosto desses sinais, me incomodam, então são coisas que eu procuro esconder até se for o caso, tirá-los de mim, dentro do possível. médico, 44 anos.

Que bom que as pessoas estão estudando e fazendo coisas que possam melhorar sem ter necessidade de fazer um procedimento invasivo, no sentido dos cremes. Na medida que eu fico sabendo que tem um produto novo no mercado e que vai ser uma coisa que vai melhorar o aspecto visual, eu vou, compro e uso. enfermeira, 43 anos.

O que antes era futilidade virou causa de vida e morte. Os sujeitos identificam nas suas falas o tempo e busca de tratamento embelezador como desafios a serem vencidos na luta entre o envelhecer e a beleza jovial, para manter a beleza e a aparência física.

O desafio é o próprio tempo, o desafio é cada vez maior porque o tempo sempre está contra a gente, pra quem luta contra a ação do tempo, contra o envelhecimento, uma corrida meio que inglória você sabe que nessa guerra não vai ter vencedor, pois você envelhece cada vez mais rápido conforme o tempo, então você tenta amenizar o problema. médico, 44 anos.

Nem sempre a beleza que eu acho é a beleza para o outro, mas é impossível alguém olhar no espelho, e de uma maneira ou outra não querer estar bem... O dermatologista falou, olha, tem esse creme agora, é muito bom veio para substituir o botox, não é invasivo, é um creme, aqui no Brasil não chegou, vale a pena, não sei o que... Não pensei duas vezes para ir comprar o creme... Talvez seja um sacrifício não encontrar o produto aqui, no país que a gente vive. enfermeira, 43 anos.

Nesse sentido, o corpo e a beleza estão presentes, construídos, moldados e marcados pelo contexto de vida dos indivíduos, onde as trocas e escolhas pessoais são constantes, ou seja, o indivíduo constrói o próprio modelo de beleza, mas não há como negar que há bastante influência nesse processo.

Existe uma maior pressão hoje em dia pra ser belo do que antigamente, até por causa dessa maior disponibilidade hoje em dia de acesso a tudo, acesso à cirurgia, acesso a cosmético, então existe essa cobrança, como tem tudo de uma forma mais acessível, parece que a pessoa que não faz nada é uma pessoa relaxada que não está preocupada com seu próprio corpo. médico, 44 anos.

Entretanto, é preciso refletir sobre os discursos, buscando lembrar que não se trata simplesmente de objetos, mas de corpos, de sujeitos, que têm escolhas, sentidos e desejos, por vezes, diferentes.

Eu também não entendo, a pessoa que tem o acesso a isso, de certa forma um acesso fácil de tudo e não fazer nada também, eu acho que a falta total de vaidade é uma coisa esquisita, eu não consigo entender porque é assim, o corpo te deu, aquilo que veio pra você, se você é bonito ou se é feio, é o que você tem, então se você não fizer nada pra melhorar, pelo menos pra tentar manter uma aparência legal, parece que você não está preocupado com nada na vida, parece que a pessoa não tem amor próprio. Graças a Deus eu tenho essa preocupação. médico, 44 anos.

Se alguém não é ativo, não está envolvido em programas de rejuvenescimento, se vive ou viverá a velhice no isolamento e na doença é porque não teve o comportamento adequado ao longo da vida, recusou a adoção de formas de consumo e estilos de vida adequados, impostos socialmente e, portanto, não merece nenhum tipo de solidariedade (Debert, 1999).

Necessário, pois, unir as denominações para chegar a uma outra via, ainda que os desafios dela decorrentes permaneçam: a de que a velhice é um período de perdas, propício a novas conquistas, por exemplo.

Permanece, assim, a pergunta: onde estaria o equilíbrio entre os aspectos positivos e negativos do envelhecer? Haveria um caminho do meio, pelo qual o velho possa transitar, no qual possa experimentar limitações, perdas e possibilidades sem perder o status de sujeito de sua própria vida e história.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ampliação do tempo de vida consta como uma das maiores conquistas do homem nos últimos cem anos. Embora as mutações biológicas sejam visíveis, há de se considerar as determinantes sociais e o contexto histórico, do que decorre que a velhice pode variar de indivíduo para indivíduo, de época para época e ainda de cultura para cultura.

Nas sociedades ocidentais contemporâneas, o velho está sujeito a pelo menos duas interpretações marcantes e opostas. Ora a velhice está associada a um período dramático, ora a uma fase de realizações, a qual inverte os signos do envelhecimento e dá lugar a novas designações e estereótipos que correspondem a um velho ativo, jovem e para o qual a idade não é um fator relevante.

Multiplicam-se os remédios e as vitaminas geriátricas, sofisticam-se as formas de intervenção capazes de disfarçar os efeitos do tempo. Artifícios, em verdade, que nada mais fazem do que mascarar a própria realidade. É importante falar da longevidade, do envelhecer bem, sem negar o envelhecimento.

A necessidade de clarificar a formação dos preconceitos nas famílias, nas empresas, nos jovens e de sinalizar a importância dos indivíduos trabalharem em si mesmos o próprio envelhecer. Este trabalho buscou que as pessoas reflitam sobre seu próprio envelhecimento.

A primeira etapa deste estudo constituiu-se de levantamento de dados em matérias jornalísticas, sites e publicações científicas sobre o processo de envelhecimento, estética, beleza, cirurgia plástica e velhice, procurando alinhar o conhecimento da pesquisadora sobre esses temas, para a construção de instrumentos qualitativos de investigação.

A Metodologia da Pesquisa Qualitativa foi eleita para análise de características particulares dos sujeitos. O culto ao corpo e a beleza física dificultam a aceitação da velhice?

Pretendeu-se clarificar as diferentes possibilidades de velhice e envelhecimento para os adultos que caminham para o envelhecer.

Objetivou investigar se as pessoas se preocupam com seu próprio envelhecimento e verificar se o culto ao corpo e à beleza física, existente em nossa cultura, dificulta a aceitação do envelhecimento da população adulta com idade entre 30 e 45 anos, e se a velhice, como é abordada por eles mesmos, pode gerar a

morfofobia e a gerontofobia, através de levantamento da visão de tal população de quais os papéis do velho, valorização de direitos, de fazer escolhas, ter opções, ser ouvido, etc; como imaginam seu envelhecimento, se é necessário repensar a reeducação e a reestruturação de tais adultos, para a desconstrução de preconceitos contra os velhos e também contra seu próprio envelhecimento.

A pesquisa pretendeu verificar, qual a representação da velhice, a existência de preconceito contra o idoso na população escolhida, risco de auto preconceito, morfofobia e gerontofobia no futuro e a necessidade de reeducação e educação para promover outra imagem do velho e do envelhecimento.

A estrutura sociológica refere-se às tendências de um grupo a valorizar certas áreas ou funções, como o papel de vestes, adornos, do olhar e gestos na comunicação social. Sugere, ainda, que a experiência com a imagem do próprio corpo relaciona-se à experiência de terceiros com seus corpos.

Desse modo, a compreensão da problemática ligada à imagem corporal na nossa sociedade exige a consideração, além das imagens corporais individuais, das inter-relações entre as imagens de várias pessoas. As pessoas têm a sua identidade ligada a essa imagem, muitas vezes, confundindo-a com identidade. A preocupação com a aparência é fato na nossa sociedade e, sendo tão preponderante, leva as pessoas a se preocuparem excessivamente com ela.

Envelhecer, ao que parece, é uma das mais difíceis etapas da vida de um ser humano porque ainda não somos capazes de ver além das alterações físicas. Não reconhecemos, por trás dessa aparência, muitas vezes assustadora, as experiências vividas, resultando em crescimento e realizações pessoais profundos, que aí deixaram suas marcas. Vivemos em uma cultura em que os jovens e adultos procuram ignorar a realidade do envelhecimento gradual de cada um. Com o progresso moderno, diminuímos o valor do envelhecer, não consideramos o idoso como detentor de extensos e sólidos conhecimentos, talentos e experiências que podem auxiliar as gerações futuras.

Ao invés de pensarmos no idoso como um ser humano acabado e “descartado”, deveríamos associar sua imagem à potencialidade humana de conquistar e traçar projetos. Não se trata de ignorar as limitações físicas e, em alguns casos, intelectuais, próprias da velhice, mas de respeitar a experiência de vida desses indivíduos e aproveitar-se dela. Só despertando em nós esse cuidado e essa atenção, é que poderemos oferecer a cada um a possibilidade de viver com

disposição e ânimo para conquistar novos horizontes, fugir das sensações de tristeza e inutilidade tão comuns na velhice e, por fim, propiciar a possibilidade de dizer com orgulho que, naquele corpinho de sessenta, tem uma mente de sessenta, com muita coisa para ensinar e mais ainda para aprender.

Essa mudança de perspectiva se faz necessária visto que o envelhecimento populacional é uma realidade estatística. Em todo o mundo, há um crescimento da população idosa, que pode ser observado nas nações maduras demograficamente. Ignorar essa questão é ignorar também as transformações nas relações sociais inerentes a essa mudança.

Uma terceira questão é ainda a desvalorização da força produtiva. Em nossa sociedade, na maioria das vezes, as pessoas são transformadas em um conjunto de transações econômicas dentro de um mercado de trabalho. A partir do momento em que um indivíduo se torna improdutivo dentro desse mercado, onde se espera sempre mão-de-obra ativa e forte, “as portas se fecham”.

As repercussões geradas pelo status instrumental adquirido pela aparência corporal, que a eleva à posição de qualificadora ou desqualificadora de pessoas, levaram-nos a refletir como a exigência estética que permeia o dia a dia nos grandes centros urbanos influencia a construção da identidade da população submetida à sua pressão. Além disso, o desenvolvimento de uma melhor compreensão do processo de valoração do corpo, no qual está embutido o processo de legitimação da instituição corpo-capital, além da idéia de sua eficácia na conquista de uma ascensão social, seja financeira ou referente ao status pessoal.

Os sujeitos pesquisados, homens e mulheres, com idade média de 42,5 anos, de nível de formação superior, oriundos de profissões diferenciadas, atuantes na área da saúde, estética, cosmética e comunicação e que de um modo geral utilizam-se de recursos tecnológicos dispostos no mercado para retardar ou escamotear o processo de envelhecimento, aparentemente demonstram certo grau de dificuldade em lidar com a delicada perspectiva do próprio envelhecimento.

Considera-se relevante o fato de a amostra ser constituída por profissionais de diferentes de conhecimentos técnico e teórico, o que contribui efetivamente para a expressão de diferenciados pontos de vista, enriquecendo os resultados encontrados.

Pode-se constatar, ainda, por meio da análise qualitativa que o envelhecimento pode significar uma ameaça a integridade física, psicológica e

mental trazendo por conseqüência o medo iminente pela degradação, degeneração e morte, ou seja, medo da fase que caminha para o final da vida: a velhice.

Pode-se inferir que o discurso médico, funcionalista e positivista, associado ao da mídia atual e ao assédio mercadológico são agentes impactantes na cultura da jovialidade, do corpo belo, saudável, ou seja, sob o paradigma biológico e estético.

Necessário, pois, unir as denominações para chegar a uma outra via, ainda que os desafios dela decorrentes permaneçam: a de que a velhice é um período de perdas, propício a novas conquistas, por exemplo.

Permanece a pergunta: onde estaria o equilíbrio entre os aspectos positivos e negativos do envelhecer? Haveria um caminho do meio, pelo qual o velho possa transitar, no qual possa experimentar limitações, perdas e possibilidades sem perder o status de sujeito de sua própria vida e história.

Este estudo não pretendeu esgotar em si mesmo as possibilidades do conhecimento sobre o medo da velhice, portanto, fica o propósito do desenvolvimento de estudos longitudinais sobre a temática com aplicação de semelhantes procedimentos metodológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIRRE, A.M.B. O corpo transformado. Tese de Mestrado. São Paulo: USP, 1986.

ALMEIDA, V.L.V. A velhice e projeto de vida: possibilidades e desafios. Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo, ano XXIV, n.75, setembro, 2003.

ARIÈS, P. História social da criança e da família. Tradução de Dora Flaskman. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

ASPS (EUA). AMERICAN SOCIETY FOR PLASTIC SURGEONS. National Plastic Surgery Statistics. Cosmetic and Reconstructive Procedure Trends 2000-2003. 20 jul. 2004. Acesso em 23/04/2010. Disponível em: http://www.plasticsurgery.org

BALLONE, G.J. Transtornos Alimentares. In: PsiqWeb. Relatório Anual, 2006. Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes. Acesso em 23/04/2010. Disponível em http://www.psiqweb.med.br/

BAUDRILLARD, J. A sociedade de consumo. Lisboa: Edições 70, 1991.

BEAUVOIR, S. A velhice. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. 2ª ed. Rio Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERGER, P.; LUCKMANN, L. A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. 17ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BIAGGO, M.T. Análise Comparativa dos aspectos psicológicos relacionados ao corpo em pacientes mastectomizados. Goiânia, 1989.

BIRMAN, J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In: Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1995.

BOCK, A.M.B., et al. Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia. São Paulo: Saraiva, 1998.

BOSI, E. Memória e sociedade: lembranças de velhos. 5ª ed. São Paulo: Cia. Das Letras, 1994.

BORDO, S. Unbearable Weight: Feminism, western culture and the body. Berkeley: University Of California Press, 1993.

BOURDIEU, P. A dominação masculina. Trad. Maria Helena Kühner. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BRETON, D.L. Adeus ao corpo: antropologia e sociedade. Campinas: Papirus, 2003.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; MELLO, J.L. Como Vive o Idoso Brasileiro? In: CAMARANO, A.A. (org). Os Novos Idosos Brasileiros Muito Além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CAMPANA, A.O. et al. Investigação científica na área médica. São Paulo, Manole, 2001.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CARVALHO FILHO, E.T. Geriatria, Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

CASH, T.F.; PRUZINSKY, T. (Eds) Body image: a handbook of theory, research, and Clinical Practice. New York: Guilford Press, 2002.

CASTRO, A.L. Culto ao Corpo e Sociedade. Mídia, estilos de vida e cultura de consumo. São Paulo: Annablume, 2007.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Revista de Saúde Pública 31 (2):184-200, 1987.

CHIZZOTTI, A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

COSTA, J.F. O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

DAYAN, S.; CLARK, K.; HO, A.A. Altering first impressions after facial plastic surgery. Aesthet. Plast. Surg., v.28, n.5, p.301-6, 2004.

DEBERT, G.G. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivitização do envelhecimento. São Paulo: Edusp/Fapesp, 1999.

_____. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: LINS DE BARROS, M.M. (org.). Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

DICIONÁRIO CALDAS AULETE. Rio de Janeiro: Delta, 5 Volumes, 1962.

DUARTE JR., J.F. O que é beleza. São Paulo: Brasiliense, 1998.

ECO, U. (Org.). História da beleza. Trad. Eliana Aguiar. Rio de Janeiro: Record, 2004.

ELIAS, N. O processo civilizador: uma história dos costumes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

_____. A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor, 2001.

ETCOFF, N. A lei do mais belo: a ciência da beleza. Rio de Janeiro: Objetiva, 1999.

FEATHERSTONE, M. O curso da vida: corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento. Textos didáticos. São Paulo: IFCH/Unicamp, 1(13): 49-71, março 1994.

FORGHIERI, M. Fenomenologia e contos de fada. São Paulo: IPUSP, 1992.

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. 2003.

FREITAS, S.P.M. História Oral: Possibilidades e Procedimentos. São Paulo: Imprensa Oficial SP, 2002.

FREUD, S. Vida e Obra. Tradução Durval Marcondes e J. Barbosa Correa. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

FRUSCELLA, P. Morphodynamics and surgical correction of the body´s creases, folds and wrinkles. Aesthet. Plast. Surg., 28(1): 37-44, 2004.

GOFFMAN, E. (1988). Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara.

_____. O homem por ele mesmo. São Paulo: Itatiaia, 1983.

GONÇALVES, I.L. Cortes e costuras: um estudo antropológico da cirurgia plástica no Rio de Janeiro. 2001. Dissertação (Mestrado), Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

GRANDE ENCICLOPÉDIA LAROUSSE CULTURAL. São Paulo: Nova Cultural, 1998.

IBGE (2004). Síntese dos indicadores sociais. Acesso em 05/03/2010. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2004/default.shtm

JACOB FILHO, W., SOUZA, R.R. Anatomia e Fisiologia do Envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E.T., PAPALÉO NETO, M. Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2000.

JECKEL-NETO, E.A. e CRUZ, I.B.M. Aspectos biológicos e geriátricos do envelhecimento II. Gerontologia: desafio para o século XXI. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

KALISH, R. The new ageism and the failures models: a polemic. Gerontologist, 19 (3): 398-402, 1979.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social Ciência & Saúde Coletiva, 13 (4): 1107-1111, 2008.

KARSCH, U.M.S. Cuidadores familiares de idosos: parceiros da equipe de saúde. Rev Serviço Social e Sociedade. 75 (24): 103-113, 2003.

LEITE, P.F. Exercício, Envelhecimento e Promoção de Saúde. Minas Gerais: Health, 1996.

MALYSSE, S. Em busca dos (H)alters-egos: olhares franceses nos bastidores da corpolatria carioca. In: M. M. Goldenberg (org.). Nu & vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002.

MAIO, M. The minimal approach: an innovation in facial cosmetic procedures. Aesthet. Plast. Surg., v.28, n.5, p.295-300, 2004.trad Google

MANSUR, L.L.; VIUDE, A. Aspectos Fonoaudiológicos do Envelhecimento. In: PAPALÉO-NETTO, M. Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005.

MARTINELLI, M.L. (org). Pesquisa qualitativa: Um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999.

MERCADANTE, E.F., A Construção da Identidade e Subjetividade do Idoso: Tese de Doutorado, PUC-SP. São Paulo: Mimeo, 1997.

MERLEAU-PONTY, M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Cortez, 1971.

_____. Filosofia da percepção e psicologia. São Paulo: Papirus, 1988.

MINAYO, M.C.S. (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis-RJ: Vozes, 1994.

MORIN, E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 11ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

NERI, A.L. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: NERI, A.L. (org.) Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas, SP: Papirus, 2001a.

_____. O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In: NERI, A.L. (org.) Maturidade e velhice: trajetórias individuais e sócio-culturais. Campinas, SP: Papirus, 2001b.

_____. Palavras-chave em Gerontologia. Campinas, SP: Alínea, 2001c.

_____. Atitudes e crenças sobre velhice: análise de conteúdo de textos do jornal O Estado de São Paulo publicados entre 1995 e 2002. In: VON SIMSON, O.R.M., NERI, A. L.; CACHIONI, M. (Orgs.). As múltiplas faces da velhice no Brasil. Campinas: Átomo Alínea, 2003.

_____. O que a psicologia tem a oferecer ao estudo e à intervenção no campo do envelhecimento no Brasil, hoje. In: NERI, A.L.; YASSUDA, M.S. (orgs.); CACHIONI, M. (col.). Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos. Campinas, SP: Papirus, 2004.

NERI, A. L.; CACHIONI, M.; RESENDE, M. C. Atitudes em relação à velhice. In FREITAS, E. V.; PY, L.; NÉRI, A. L.; CANÇADO, F.A .X.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. (Org.). Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

NEUMANN. D.A. Considerações artrocinesiológicas no idoso. In: GUCCIONE, A.A. Fisioterapia Geriátrica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Transtornos da Conduta Alimentar. 2005.

PAIXÃO JR., C.M.; HECKMANN, F. Distúrbios da Postura, Marcha e Quedas. In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002.

PAPALÉO NETTO, M. O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico e Definição do Campo e Termos básicos. In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002.

PAPALÉO NETTO, M.; BRITO, F.C. Aspectos Multidimensionais das Urgências do Idoso. In: PAPALÉO NETTO, M.; BRITO, F.C. Urgências em Geriatria. São Paulo: Atheneu, 2001.

PAPALÉO NETTO, M.; PONTES, J.R. Envelhecimento: Desafio na Transição do Século. In: PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996.

PEIXOTO, C.A. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In: LINS DE BARROS, M.M. (org.). Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

POLSTER, E.; POLSTER, M. Gestalt, terapia integrada. Belo Horizonte: Interlivros, 1979.

PORTELLI, A. Tentando aprender um pouquinho. Algumas reflexões sobre a ética

na história oral. In: Projeto história. Rev proj história, 15: 13-50, 1997.

PYHN, E.G.; SANTOS, M.L. Idade Biológica: Comportamento Humano e Renovação Celular. 3ª ed. São Paulo: Senac São Paulo, 2004.

QUEIROZ, R.S.; OTTA, E. A beleza em foco: condicionantes culturais e psicobiológicos na definição da estética corporal. In: QUEIROZ, R.S. (org.). O corpo do brasileiro: estudos de estética e beleza. São Paulo: Senac São Paulo, 1999.

REICHEL, S. Aspectos Clínicos do Envelhecimento. Acidentes com o idoso. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

ROHDEN, F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ROSSI, E.; SADER, C.S. Envelhecimento do Sistema Osteomuscular. In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002.

SANDER, G,L. Making the Body Beautiful: A Cultural History of Aesthetic Surgery. Princeton: Princeton University Press, 1999.

SANT´ANNA, D.B. (Org.). Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

SCHILDER, P.F. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SCHUNK. C. Deficiência Cognitiva. In: GUCCIONE, A.A. Fisioterapia Geriátrica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002.

SEVERINO, J.A. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Cortez, 2000.

SILVA, A.M. A razão e o corpo do mundo. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, Florianópolis, 21 (1), set., 1999.

_____. O corpo do mundo: reflexões acerca da expectative de corpo na modernidade. Dissertação de Mestrado. Centro de Filosofia e Ciências, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

SPINK, M.J.P.; MENEGON, V.M. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M.J.P. (org.). Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999.

SULLIVAN, D.A. Cosmetic surgery: the cutting edge of commercial medicine in America. New Jersey: Rutgers University Press, 2001.

THOMPSON, P. A voz do passado: história oral. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

VANDERVOORT, A.A. Alterações Biológicas e Fisiológicas. In: PICKLES, B. et al. Fisioterapia na terceira idade. 2ª ed. São Paulo: Livraria Santos, 2000.

VAYER, D.R.; TOLOUSE, H.L. Linguagem corporal: estrutura e sociologia da ação. São Paulo: Artes Médicas, 1985.

VERAS, R.P. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dupará, 1994.

WEISE, O. Propaganda e marketing. Lisboa: Delta, 1963.

WOLF, N. O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contras as mulheres. Tradução Waldéa Barcellos. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

ANEXO 1
REGRAS PARA COMPOSIÇÃO DOS ARQUIVOS DE DADOS DO SPAD.T

RESPOSTAS ABERTAS:

1. Arquivo contendo as respostas abertas, deve ser digitado e salvo em documento WORD. A digitação segue as seguintes regras:
   - A primeira linha (----01) indica o número do artigo.
   - Digitar em CAIXA ALTA, não excedendo 80 colunas por linha, sem acentuação e terminá-la sempre com ponto final.
   - O texto deve ser digitado continuamente sem – apenas um parágrafo inicial.
   - A pontuação vírgula, ponto e vírgula, ponto, etc, pode ser feita normalmente dentro do texto.
   - Se precisar identificar palavras com acentuação, sugerimos inserir a letra "h" para fazê-lo (exemplo: "E" de conjunção aditiva e "EH" de tempo de verbo).
   - Não utilizar "Ç" apenas o "C".

2. Exemplo:

----01
NAO, EU NAO ACHO QUE EXISTA UMA PRESSAO MAIOR. EU ACHO QUE EXISTE UMA PRESSAO MAIOR PARA A MULHER. PARA O HOMEM EH UM POUCO MAIS VELADO, PARA MULHER, MAIOR.

As respostas foram classificadas em categorias analíticas definidas a partir dos resultados encontrados por meio do SPAD.T segundo:

- a distribuição da freqüência das palavras;
- a identificação das palavras chaves;
- o levantamento das frases mais características em cada modalidade das variáveis selecionadas – categorias eleitas.

APÊNDICE 1
QUESTIONÁRIO
VELHICE E ENVELHECIMENTO

Nome<_____

Sexo<_____

Idade<_____

Profissão<_____

1. Uma pessoa velha é…

2. A velhice é …

3. Um homem velho é …

4. Uma mulher velha é …

5. Sabemos que alguém está velho quando …

6. Você vai pensar no seu envelhecimento quando...

7. Você utiliza de intervenções para retardar ou esconder o seu envelhecimento...

APÊNDICE 2
ROTEIRO DE ENTREVISTA
APARÊNCIA E BELEZA FÍSICA

Nome<_____

Sexo<_____

Idade<_____

Profissão<_____

1. Gostaria que você me contasse como é a sua relação com a aparência física, com os seus cuidados de beleza, com o "querer estar bonita (o)"?
2. Como é esse processo de cuidar da aparência ao longo da vida? Você se considera mais vaidosa (o) agora, quando mais nova (o)? Porque?
3. O que mais te estimula e motiva nessa busca por uma melhor aparência física?
4. Quais os quesitos de beleza que você acredita que são mais valorizados atualmente? Você enxerga algum padrão de beleza que seja mais cobrado hoje em dia? Como você se sente em relação a isso?
5. Você poderia me relatar fatores e sentimentos positivos que tenha experimentado relacionados a sua aparência física?
6. E sentimentos negativos? Já experimentou algum? Quais?
7. Você acredita que exista um julgamento diferenciado dos outros em função da aparência física das pessoas? Você já teve alguma experiência nesse sentido?
8. Como você se avaliaria hoje em termos da sua aparência? Você está satisfeita (o)? Me conta um pouco sobre isso… Que nota você se daria?
9. Que produtos e serviços você mais consome ou gostaria de consumir para cuidar da aparência? Me conta um pouco sobre sua rotina de beleza… dia a dia... últimos anos...
10. Você sente falta de algum produto ou serviço que, na sua opinião, seriam muito úteis no cuidado com a aparência, mas que não vê disponível no mercado? Me fala o que você acha da indústria de beleza, do que eles vêm disponibilizando no mercado?
11. Como você vê a mídia, as propagandas nessa área da beleza? Como você percebe que eles consideram a terceira idade / envelhecimento em seus anúncios?
12. Quais obstáculos você entende que tem que enfrentar nessa área de beleza por estar na maturidade?

13. Na sua opinião existem fatores que facilitem as suas atividades de consumo de produtos e serviços por estar em constante processo de envelhecimento e saber que atualmente as pessoas são mais longevas? O que você buscou / busca nos produtos e serviços que utilizou / utiliza?
14. Suas prioridades de consumo mudaram com relação a sua juventude? Se sim, em qual (is) sentido (s)?
15. Que sentimentos você experimentou quando consumiu produtos ou serviços para melhorar a aparência física?
16. Que desafios você encontra para se manter bela (o)? Você acredita que existe uma maior pressão hoje em dia para ser bela (o) do que antigamente?

APÊNDICE 3
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____portador do RG nº_____ declaro para fins de direito, que concordo com que os dados que resultarem da minha participação na pesquisa realizada por Nádia Loureiro Ferreira, na entrevista concedida por meio de GRAVADOR, sejam utilizados para a divulgação do trabalho científico "Medo de Envelhecer: A Cultura da Beleza e da Juventude dificultando o Envelhecimento", a ser realizado no município de São Paulo, SP, desde que meu nome seja mantido em absoluto sigilo.

Foi-me esclarecido que este projeto tem por finalidade investigar as dificuldades e possíveis medos que profissionais da área de beleza revelam sobre Envelhecimento, velhice, bem como aparência e beleza física.

Também me foi esclarecido que não há despesas para mim e que tenho a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o estudo, sem que isso me traga prejuízo, através e-mail da pesquisadora Nádia: nadia4056@uol.com.br

Sem mais, firmo o presente,

Atenciosamente

_____

São Paulo, , de 2010.

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