



ELENIZE MARIA DEPINÉ DE OLIVEIRA

AUTOPERCEPÇÃO DO IDOSO NA ATUALIDADE

Sinop/MT

2020

ELENIZE MARIA DEPINÉ DE OLIVEIRA

AUTOPERCEPÇÃO DO IDOSO NA ATUALIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca avaliadora do curso de Psicologia – UNIFASIPE, Campus de Sinop-MT, como requisito para aprovação na disciplina de Monografia II do 10º Semestre de Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Esp. Luiza A. M. de Medeiros.

ELENIZE MARIA DEPINÉ DE OLIVEIRA

AUTOPERCEPÇÃO DO IDOSO NA ATUALIDADE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca avaliadora do curso de Psicologia – UNIFASIPE, Campus de Sinop-MT, como requisito para aprovação na disciplina de Monografia II do Décimo Semestre de Psicologia.

Aprovado em 01 de Dezembro de 2020.

Esp. Luiza A.M. de Medeiros
Professora Orientadora
Departamento de Psicologia -UNIFASIPE

Esp. Maria Clara Gerolim
Professor (a) Avaliador (a)
Departamento de Psicologia

Esp. Cleoni Carmen Regauer
Professor(a) Avaliadora(a)
Departamento de Psicologia

Ana Paula Pereira
Coordenadora do Curso de Psicologia
UNIFASIPE-Universidade de Sinop

Sinop-MT
2020

DEDICATÓRIA

Dedico a minha mãe Otília Depiné. Meu grande exemplo e maior incentivadora.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus por permitir realizar o grande sonho de ser Psicóloga.

Ao meu marido, pela compreensão, paciência e, acima de tudo, por me incentivar e fazer acreditar que a realização deste sonho em concluir a graduação de Psicologia era possível, em especial por não me deixar nunca desistir por maiores que fossem as dificuldades.

Sou agradecida por minhas filhas, Carolina Depiné e Cristiane Depiné, que foram incríveis compartilhando alegrias, ensinamentos e que sempre foram compreensivas com a minha ausência em casa para a conclusão do meu aprendizado.

Agradeço ao meu colega Jabner e minha amiga Maria Antelma por estarem diariamente presentes comigo nesta caminhada, me ajudando em todas as situações ao qual tive dificuldade, compartilhando os sonhos e realizações.

Agradeço também aos professores que me acompanharam nessa longa caminhada de cinco anos, promovendo o conhecimento e, em especial, a minha orientadora, Luiza A.M de Medeiros, pela dedicação e tempo despendido para a conclusão deste trabalho.

“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”.

(PROUST, Marcel)

RESUMO

A sociedade está envelhecendo, portanto, a tendência é o crescimento da população idosa, o que, por certo, gera reflexos na vida da comunidade. A caracterização do que é ser idoso depende de vários fatores externos e internos, como a idade cronológica, biológica, psicológica e social, os quais, em conjunto, podem determinar quando uma pessoa passa a ser considerada “velha”. Ocorre que a percepção daquilo que a sociedade entende como “ser idoso”, inclusive com base em estereótipos e suposições decorrentes do senso comum, por vezes difere da autopercepção deste, o que pode acarretar em uma desordem psicossocial, ou seja, há uma distinção entre o que é o tempo do indivíduo e que é o tempo da sociedade. Diante disso, o indivíduo acaba se integrando naquilo que é o tempo da sociedade, ou seja, na construção social do que é ser idoso, o que muitas vezes difere de sua própria percepção de vida e tempo de vida. O presente trabalho teve como objetivo estudar, diante deste cenário, qual é a percepção que o idoso tem de si, do seu tempo e de que modo suas crenças podem interferir de forma positiva ou negativa em sua percepção, bem ainda como identificar o perfil atual do idoso e as características predominantes do envelhecimento na atualidade. Pretendeu-se também, identificar quais os fatores preponderantes que influenciam na autopercepção do idoso. Para tanto, procedeu-se a avaliação acerca da autopercepção do idoso na atualidade e de seu envelhecimento, para isso foi utilizado questionário internacional sobre a percepção do envelhecimento – APQ (Aging Perceptions Questionnaire), na forma adaptada para a realidade e língua portuguesa brasileira, o qual foi distribuído para idosos participantes do projeto social da FAMEDE – Faculdade Aberta da Melhor Idade. Pretendeu-se demonstrar que a autopercepção do idoso na atualidade é negativa. Ressalta-se, assim, a importância de se estudar a autopercepção do envelhecimento do idoso para fins de coletar dados que sirvam de parâmetros para estudos posteriores no intuito de se definir políticas públicas, estratégias sociais, psicológicas e educativas que favoreçam positivamente a autopercepção do idoso quanto ao envelhecimento.

Palavras-chave: Autopercepção. Idoso. Saúde Mental.

ABSTRACT

The society is aging, so the trend is the growth of the elderly population, which certainly generates reflections in the life of the community. The characterization of what it is to be elderly depends on several external and internal factors, such as chronological, biological, psychological and social age, which together can determine when a person is considered "old". It happens that the perception of what society understands as "being elderly", including based on stereotypes and assumptions arising from common sense, sometimes differs from the self-perception of this, which can lead to a psychosocial disorder, that is, there is a distinction between what is the time of the individual and what is the time of society. Therefore, the individual ends up integrating into what is the time of society, that is, in the social construction of what it is to be elderly, which often differs from his own perception of life and life time. The present study aimed to study, in this scenario, what is the perception that the elderly have of themselves, of their time and how their beliefs can interfere positively or negatively in their perception, as well as to identify the current profile of the elderly, as well as the predominant characteristics of aging nowadays. It was also intended to identify which factors influence the self-perception of the elderly. For this, the evaluation was carried out about the self-perception of the elderly today and their aging, for this we used an international questionnaire on the perception of aging - APQ (Aging Perceptions Questionnaire), in the form adapted to the reality and Brazilian Portuguese language, which was distributed to elderly participants of the social project of FAMEDE - Open Faculty of The Best Age. It was intended to demonstrate that the self-perception of the elderly today is negative. Thus, the importance of studying the self-perception of aging of the elderly is emphasized in order to collect data that serve as parameters for further studies in order to define public policies, social, psychological and educational strategies that positively favor the self-perception of the elderly regarding aging.

Keywords: Self-perception. Elderly. Mental health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Da auto percepção do envelhecimento	48
Tabela 02: Aspectos do envelhecimento	49
Tabela 03: Responsabilidade pessoal pela percepção do envelhecimento	50
Tabela 04: Dificuldades (limitações) do envelhecimento	52
Tabela 05: Auto percepção da mobilidade no envelhecimento	53
Tabela 06: As fases de auto percepção do envelhecimento	54

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Problematização.....	10
1.2 Hipótese	11
1.3 Justificativa	11
1.4 Objetivos.....	11
1.4.1 Objetivo Geral	11
1.4.2 Objetivos Específicos	11
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1 Teoria cognitivo comportamental.....	12
2.2 Ciclos de desenvolvimento humano	16
2.2.1 Infância	17
2.2.2 Adolescência.....	18
2.2.3 Adulto	19
2.2.4 O Idoso	20
2.2.4.1 Aspectos cognitivos.....	21
2.2.4.2 Aspectos Psicossociais	24
2.2.4.3 Aspectos Motores	25
2.2.4.4 Sexualidade.....	26
2.2.4.5 Aspectos Emocionais.....	27
2.3 Saúde Mental do Idoso.....	29
2.3.1 Depressão	29
2.3.2 Ansiedade	32
2.3.3 Estresse	34
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	35
3.1 Tipo de Pesquisa	35
3.2 População e amostra.....	36
3.3 Coleta de Dados	37
3.4 Instrumento de Pesquisa	38
4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS	39
4.1 Descrição e análise de dados.....	40
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS	48
ANEXO.....	54

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento humano é um processo que dura a vida toda e que está sempre em constante evolução e este, continuará até o fim da vida. Ainda, se dá de forma diferente de pessoa para pessoa.

O envelhecimento é caracterizado como sendo um processo dinâmico, gradual, progressivo e inevitável, no qual interagem múltiplos fatores biológicos, psíquicos e sociais. Portanto, é possível dizer que esses fatores são visivelmente identificados, isso pelo declínio da saúde e das capacidades da pessoa, afetando aspectos funcionais, tais como: a memória, inteligência, fatores sensoriais que acarretam alguns problemas físicos, psíquicos (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Sendo assim, o presente estudo pretende compreender a autopercepção do idoso da sua condição na atualidade, para fins de identificar a forma como as alterações físicas, sociais, emocionais, afetam o comportamento desse idoso, bem como o pensamento que possui sobre si e sobre os outros, pode influenciar no seu sistema de convivência social e familiar e na sua saúde psíquica.

Paúl e Fonseca (1999) explicam que o envelhecer é um processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos e, do mesmo modo, se configura em um processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano. Assim, diante de um corpo que sofre constantes e graduais alterações funcionais e em seu papel na sociedade, é mister uma adaptação constante, a fim de se encontrar um novo equilíbrio interno e externo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), projetou para o país um crescimento de dezesseis vezes no número de idosos contra cinco vezes da população total entre 1950 e 2025. Tal aumento colocará o Brasil, em termos absolutos, como a sexta população de idosos no mundo, isto é, mais de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos ou mais.

Pretende-se demonstrar através de estudo científico a real condição e autopercepção acerca do idoso nos dias de hoje, de modo a identificar como os valores da sociedade e da família – e que, diga-se, passaram por profundas alterações nos últimos anos – influenciam na integridade emocional e psicológica do idoso, muitas vezes conflitando com suas próprias experiências de vida, bem ainda determinar quais os fatores podem influir na percepção positiva ou negativa de si e dos outros e, por fim, como essas circunstâncias determinam o comportamento, a qualidade de vida e a longevidade do idoso atual.

1.1 Problematização

Partindo de dados empíricos, coletados em um grupo de idosos, depara-se com relatos de conflitos oriundos entre seus próprios valores e os vigentes na sociedade atual. Conflitos esses gerados por fatores internos que são os psíquicos e externos na convivência com várias gerações ao mesmo tempo e as mudanças tecnológicas que ocorrem atualmente em uma velocidade nunca vista antes.

O idoso atualmente convive com uma série de acontecimentos, onde precisa se adaptar a essa nova realidade, aprender e conviver com mudanças de valores trazidas pelos mais jovens, a liberdade de expressão e de gênero, a tecnologia, o imediatismo das mídias, que pode afetá-lo em sua saúde emocional, psíquica, ocasionando a ele ansiedade, irritabilidade e isolamento, além de poder atingir sua saúde física, surgindo dores musculares e o aumento de pressão arterial, que gera desconforto ao idoso e aos cuidadores.

Dito isto, questiona-se: Qual a autopercepção do idoso em relação ao envelhecimento na atualidade?

1.2 Hipótese

H1. A autopercepção quanto a ser idoso na atualidade é negativa.

1.3 Justificativa

Justifica-se o presente trabalho acerca do tema “Percepção do ser idoso na Atualidade”, ganha notoriedade a medida em que a expectativa de vida da população idosa aumenta gradativamente, fato esse que eleva o número de idosos na sociedade.

Assim, o estudo se propõe a pesquisar o comportamento do idoso no seu cotidiano, frente a possíveis situações conflitantes, próprias da idade, traçando uma correlação entre a percepção do ser idoso atual e possíveis patologias psicológicas advindas dessa condição, então, o intuito de compreender melhor a autopercepção do idoso sobre si mesmo.

Esse trabalho define-se como relevante à medida em que avalia o comportamento do idoso, através de entrevista e lança luz a questão da autopercepção que o idoso tem dessa fase de sua vida, fundamental para o meio acadêmico, pois servirá de base para aprofundar novas pesquisas sobre o tema.

Em suma, pretende-se demonstrar a real condição acerca do idoso contemporâneo, de modo a identificar como os valores da sociedade e da família moderna- e que diga-se, passaram por profundas alterações nos últimos anos- influenciam na integridade psicológica, conflitando com suas próprias experiências de vida, bem ainda determinar os fatores que podem influir na percepção positiva ou negativa de si e dos outros e, por fim como essas circunstâncias determinam o comportamento, a qualidade de vida e a longevidade do idoso atual.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo Geral

Identificar a autopercepção do idoso em relação ao ser idoso na atualidade.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Descrever o processo de envelhecimento;
- Identificar a autoimagem do idoso em seu atual estágio de vida;
- Descrever características psicológicas predominantes ao envelhecimento;
- Apontar as variáveis cognitivas que evidenciam a saúde mental na autopercepção do idoso.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Teoria cognitivo comportamental

A Teoria Cognitiva Comportamental (TCC), sem ter tido ainda a denominação de cognitiva, teve início em meados de 1960, a partir dos trabalhos clínicos realizados e das pesquisas científicas do psiquiatra norte-americano Aaron Temkin Beck com pacientes depressivos, os quais, já naquela época, apresentavam pensamentos negativos. Assim, ao estudar o psicanalista Freud, em especial no que concernia à melancolia como fundamento da depressão, discordava de seu método psicanalítico, já que, em seu entendimento a psicanálise parecia um método embasado na fé, com resultados muito distintos para cada praticante (SILVA, 2019).

Assim, Aaron Beck, insatisfeito com o modelo psicanalítico tradicional, passou a desenvolver um método inovador e próprio, o qual, posteriormente, foi denominado de cognitivo comportamental. Esse método tentou dar conta da pouca valorização das cognições nas terapias comportamentais clássicas e passou a observar que o pensamento gerava emoções. Estas emoções organizadas levavam a determinados comportamentos. Ou seja, a maneira como o ser humano interpreta a realidade provoca reações emocionais que geram assim uma ação (KNAPP; BECK, 2008).

Ao aplicar seu novo método em seus pacientes, Beck descobriu que auxiliá-los a reconhecer e avaliar em que medida suas percepções eram realistas ou distorcidas constituía o primeiro passo para vencer a depressão. Isso desafiava os princípios básicos da psicanálise, a pulsão, emoção, repressões. A terapia cognitiva achava essa prática desnecessária, visto que, a percepção do paciente deveria ser aceita como verdadeira. Beck dizia que toda manifestação da depressão: pensamentos automáticos negativos, já forneciam subsídios necessários (BECK, 1976).

Aliás, já nessa época, o Dr. Beck já testava o conceito de que a depressão é resultado da inimizade da pessoa contra ela própria. Ao investigar os sonhos dos seus pacientes, percebeu que eram bem menos hostis que ele imaginava, e continham bem mais temas referentes ao fracasso, perdas e por fim das privações. Em seu consultório como psicanalista, ao ouvir seus pacientes no divã percebia que eles tinham dois caminhos para os seus pensamentos: i) o da associação livre; ii) e o de pensamentos onde qualificavam a si próprios, mesmo que rapidamente. Deste modo, percebeu que todos os seus pacientes tinham pensamentos automáticos e negativos, então começou a ajudá-los a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos disfuncionais e o resultado foi a melhora de seus pacientes (BECK, 1976).

Não são os eventos que acontecem na vida das pessoas que influenciam o seu comportamento, mas a maneira como cada um interpretava os acontecimentos (SILVA, 2019).

Para a terapia cognitiva comportamental, o pensamento gera emoções que levam a comportamentos. Sua base está na tríade cognitiva: pensamento, comportamento e emoção. Dessa maneira, diferentes pessoas que vivenciam situações idênticas podem ter interpretações adversas, resultando em pensamentos, os quais são geradores de pensamentos bons ou ruins, que determinam

os comportamentos. Então a Terapia Cognitivo Comportamental, serve para ensinar os pacientes a auto monitorarem os próprios pensamentos e emoções e, desse modo, ter mais controle sobre o comportamento. Sendo assim, pode-se afirmar que Beck descobriu que a atividade cognitiva poderá ser alterada por cada pessoa. Sendo que, as intervenções de sucesso são as que permitem que as pessoas consigam entender e ficar a par do seu pensamento distorcido e como sanar os seus efeitos, é o que elucida a psicóloga clínica Vania Calazans, a revista *Leitura & Conhecimento* em 2019 (CALAZANS, 2019, *apud* AGUIAR, 2019).

Todos os dias grande quantidade de pensamentos automáticos passam circulando por nossa mente e estes não são exclusivos de pessoas depressivas e sim de todos (CALAZANS, 2019, *apud* AGUIAR, 2019). Para lidar com essa grande quantidade de informações e para tomar algumas decisões, desenvolve-se esquemas (positivos e negativos), que começam a ser construídos e desenvolvidos no decorrer das vivências diárias, seja no ambiente familiar e ou social, com seus sucessos e traumas. O trabalho pioneiro de Beck, foi um marco importante a psicoterapia, que além de trazer uma abordagem cognitiva para a psicologia clínica, disponibilizou ao processo científico, expondo as falhas da psicanálise.

Segundo Wright, Basco e Thase (2008) no livro “Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental”, os esquemas simples são aqueles sobre as regras do ambiente e leis da natureza, que tem pouco ou nenhum efeito sobre a psicopatologia. Por exemplo, “abrigue-se durante a tempestade”. Já as crenças e pressupostos intermediários se relacionam com as afirmações “se-então”, influenciando a autoestima e o emocional: “se eu não agradar aos outros o tempo todo, então eles irão me rejeitar”. Por último, há crença sobre si mesmo, maneiras de interpretar informações relativas à autoestima, como “sou um bom amigo” ou “não sou digno de amor” (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008, p. 23).

Corrigindo crenças equivocadas, pode-se minorar as reações exageradas. Portanto, a TCC é uma terapia educativa e orientada para a resolução de problemas atuais, por isso o seu foco é o presente (KNAPP; BECK, 2008).

O acompanhamento psicológico realizado através da terapia cognitivo comportamental é baseado em uma conceitualização ou compreensão de cada paciente (suas crenças específicas e padrões de comportamento). O terapeuta procura produzir de várias formas uma mudança cognitiva - modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente - para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura (ALFORD; BECK, 1997).

Ainda segundo Alford e Beck (1997), a terapia cognitivo comportamental, ainda segundo Beck, tem sido adaptada a pacientes com diferentes níveis de educação e renda, bem como a uma variedade de culturas e idades, desde crianças pequenas até adultos com idade mais avançada. É usada atualmente em cuidados primários e outras especializações da saúde, escolas, programas vocacionais e prisões, entre outros contextos, bem como nos formatos de grupo, casal e família.

O modelo cognitivo propõe que o pensamento disfuncional (que influencia o humor e o pensamento do paciente) é comum a todos os transtornos psicológicos. Quando as pessoas aprendem avaliar seus pensamentos de forma mais realista e adaptativa, elas obtêm uma melhora em seu estado emocional e no comportamento (BECK, 2013).

Segundo Hollon e Beck (1993, *apud* BECK, 2013), para que haja melhora duradoura no humor e no comportamento do paciente, os terapeutas cognitivos trabalham em um nível mais

profundo de cognição: as crenças básicas do paciente sobre si mesmo, seu mundo e as outras pessoas. A modificação das crenças disfuncionais subjacentes produz uma mudança mais duradoura. Por exemplo, se você continuamente subestima suas habilidades, pode ser que tenha uma crença subjacente de incompetência. A modificação dessa crença geral (isto é, ver a si mesmo de forma mais realista, como alguém que tem pontos fortes e pontos fracos) pode alterar a sua percepção de situações específicas com que se defronta diariamente. Você não terá mais tantos pensamentos com o tema: “Eu não faço nada direito”. Em vez disso, em situações específicas em que comete erros, você provavelmente pensará: “Eu não sou bom nisso (tarefa específica).

Dentre alguns princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental, segundo Beck (2013, p. 27), destacam-se:

- a) A terapia cognitivo-comportamental está baseada em uma formulação em desenvolvimento contínuo dos problemas dos pacientes e em uma conceituação individual de cada paciente em termos cognitivos;
- b) A terapia cognitivo-comportamental requer uma aliança terapêutica sólida;
- c) A terapia cognitivo-comportamental enfatiza a colaboração e a participação ativa;
- d) A terapia cognitivo-comportamental - é orientada para os objetivos e focada nos problemas;
- e) A terapia cognitivo-comportamental enfatiza inicialmente o presente;
- f) A terapia cognitivo-comportamental é educativa, tem como objetivo ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza a prevenção de recaída;
- g) A terapia cognitivo-comportamental visa também ser limitada no tempo;
- h) As sessões de terapia cognitivo-comportamental são estruturadas;
- i) A terapia cognitivo-comportamental ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais;
- j) A terapia cognitivo-comportamental usa uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento”.

Esses princípios básicos, ainda segundo a mesma estudiosa aplicam-se a todos os pacientes (BECK, 2013). Contudo, a terapia varia consideravelmente de acordo com cada um deles, com a natureza de suas dificuldades e seu momento de vida, assim como seu nível intelectual e de desenvolvimento, seu gênero e origem cultural. Do mesmo modo, o tratamento também pode variar conforme os objetivos do paciente, de sua capacidade para desenvolver um vínculo terapêutico consistente, de sua motivação para mudar sua experiência prévia com terapia e suas preferências de tratamento, entre outros fatores. Assim, pode-se dar ênfase ao transtorno específico de cada paciente no tratamento.

A estrutura das sessões terapêuticas é bem parecida para vários transtornos, mas as intervenções podem mudar consideravelmente em cada caso. A maneira como as pessoas avaliam as mesmas situações variam de acordo com o seu temperamento. A terapia cognitiva de Beck ajuda os pacientes a questionar suas percepções, conduzindo-os para uma visão mais positiva (BECK, 2013).

O processo de conceitualização cognitiva está embasado na premissa básica do modelo cognitivo, a qual diz que o comportamento e as emoções das pessoas são influenciadas por suas

percepções das situações. Ou seja, são as interpretações que o paciente faz das situações que determinam como ele se sente, e não a situação em si (BECK, 1997). A utilização da conceitualização cognitiva auxilia o terapeuta cognitivo a manter o foco, trabalhando através de pensamentos ou imagens, significados, crenças e estratégias compensatórias. Portanto, para que a terapia cognitiva atinja seus objetivos, o paciente precisa aprender a identificar, avaliar e modificar seus pensamentos e crenças disfuncionais.

A maioria dos pacientes, especialmente aqueles com depressão, tende a focar indevidamente nos aspectos negativos. Quando estão em estado depressivo, eles direcionam sua atenção automática e seletivamente (i.e., sem terem consciência disso), além de colocarem grande ênfase na experiência negativa, e então desconsideram ou não conseguem reconhecer uma experiência mais positiva. Sua dificuldade em processar dados positivos de forma simples leva-os a desenvolver um senso distorcido da realidade. Para contrabalançar essa característica a depressão, o terapeuta vai ajudar o paciente a continuamente prestar a atenção no positivo (BECK, 2013).

Ainda segundo Beck (2013), a forma como as pessoas sentem-se emocionalmente e a forma como se comportam estão associadas à como elas interpretam e pensam a respeito da situação. A situação em si não determina diretamente como elas se sentem ou o que fazem; a sua resposta emocional é medida pela percepção da situação. Os terapeutas Cognitivo-Comportamentais estão particularmente interessados no nível de pensamento que pode operar simultaneamente com um pensamento mais óbvio, de nível mais superficial.

Por exemplo, enquanto uma pessoa ler um livro, poderá notar dois níveis no seu pensar. Parte de sua mente está focada nas informações lidas para entender e integrar as informações. Em outro nível, poderá ter pensamentos rápidos e avaliativos. Esses pensamentos são chamados pensamentos automáticos e não são resultantes de deliberação ou raciocínio. Ao contrário, esses pensamentos parecem surgir espontaneamente; eles são geralmente muito rápidos e breves, quase nem dá para perceber esses pensamentos; é muito mais provável que esteja consciente da emoção ou do comportamento que se segue. Mesmo que esteja consciente dos seus pensamentos, é mais provável que os aceite sem nenhuma crítica, acreditando que eles são verdadeiros e nem pensa em questioná-los. Entretanto, poderá aprender a identificar seus pensamentos automáticos, dando atenção às mudanças no seu afeto, comportamento e/ ou fisiologia. Depois de identificar os pensamentos automáticos, poderá avaliar a validade desse pensamento (BECK, 2013).

No início da infância as crianças desenvolvem determinadas ideias sobre si mesmas, sobre as outras pessoas e o seu mundo. As suas crenças mais centrais, ou nucleares, são compreensões duradoras tão fundamentais e profundas que frequentemente não são articuladas nem para si mesmo. A pessoa considera essas ideias como verdades absolutas - é como as “coisas são” (BECK, 1976). As crenças nucleares são o nível mais fundamental da crença; elas são globais, rígidas e supergeneralizadas. Os pensamentos automáticos, as palavras ou imagens que passam pela mente da pessoa, são específicos para as situações e podem ser considerados como o nível mais superficial de cognição. As crenças nucleares influenciam o desenvolvimento de uma classe intermediária de crenças, que são as atitudes, as regras, e os pressupostos (frequentemente são articulados). As crenças influenciam a sua visão da situação, que, por sua vez, influencia como ele pensa, sente e se comporta (BECK, 2013).

Da mesma forma a autora afirma que a maneira mais rápida de ajudar o paciente a se sentir melhor e a se comportar mais adaptativamente é facilitar a modificação direta das suas crenças nucleares, depois que faz isso, o paciente tende a interpretar situações ou problemas futuros de maneira mais construtiva (BECK, 2013).

O curso normal da terapia cognitivo-comportamental, portanto envolve uma ênfase inicial na identificação e modificação de pensamentos automáticos que derivam das crenças nucleares. Segundo Rosen (1988), o terapeuta ensina o paciente a identificar essas cognições que estão mais próximas da consciência e a ter distanciamento delas ao aprender que:

- a) Só porque ele acredita em uma determinada coisa não significa necessariamente que ela seja verdade;
- b) Mudar seu pensamento, para que seja mais útil baseado na realidade, ajuda-o a se sentir melhor e a progredir em direção aos seus objetivos.

Em termos cognitivos, quando pensamentos disfuncionais são sujeitos a reflexão reflexiva objetiva, as emoções, o comportamento e a reação fisiológica do sujeito geralmente se modificam (ROSEN, 1988).

2.2 Ciclos de desenvolvimento humano

Desde a concepção, inicia-se um processo de transformação do ser humano que vai acontecendo até o final da vida. Algumas características são típicas e únicas de cada pessoa, já, outras, se moldam na convivência, sendo que isso acontece porque estamos em processo de formação do caráter humano. A doutrina mais tradicional costuma dividir as fases da vida humana em quatro principais ciclos, começando pela infância, em seguida a adolescência, a idade adulta e, ao final, a velhice (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Na verdade, o estudo do desenvolvimento humano concentra-se em uma análise científica dos processos sistemáticos de mudança e estabilidade que ocorrem nas pessoas. Assim, os cientistas do desenvolvimento humano observam os aspectos em que as pessoas se transformam desde a concepção até a maturidade, bem como as características que permanecem razoavelmente estáveis (DIAMOND, 2007, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Além disso, reconhecem que o desenvolvimento humano é um processo que dura a vida toda, em um conceito conhecido como desenvolvimento de ciclo de vida (CLEINMAN *et al.*, 2002; MURPHY, 1998, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013), o fazendo através do estudo dos três principais aspectos do eu: físico, cognitivo e psicossocial

Atualmente, a doutrina mais moderna tem entendido que a divisão das fases de vida em determinados ciclos nada mais é do que uma construção social. Não existe momento específico ou uma data exata onde a criança se torna adulta e o jovem adulto torna-se uma pessoa velha (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Embora alguns doutrinadores estabeleçam idades definidas para a mudança do ciclo de vida do indivíduo, a simples faixa etária não é suficiente para determinar a mudança desse ciclo. Ou seja, a mudança de cada fase de vida de um indivíduo não depende apenas de fatores cronológicos, bem como não é igual para todos, dependendo de outros fatores como: genética, maturidade emocional e psicológica, grau de estímulo e condições sociais. Aliás, o

desenvolvimento social do indivíduo tem início no nascimento e perdura durante toda vida (FALCÃO; ARAÚJO, 2011).

2.2.1 Infância

O desenvolvimento humano é um processo que dura a vida toda e que está sempre em constante evolução, e esta continuará até o fim da vida. Desta forma, Salles (2005), apresenta os períodos do desenvolvimento que são: o período pré-natal, que corresponde do momento da concepção até ao nascimento.

A primeira infância se inicia com o nascimento da criança e vai até os 03 anos, o momento de seu ingresso na educação formal, sendo possível afirmar com firmeza que é a fase da vida mais importante para o desenvolvimento do ser humano. É durante a primeira infância que o ser humano tem seu crescimento físico, adquire os movimentos, amadurece o cérebro, desenvolve a capacidade de aprendizado, e também tem a sua iniciação social e afetiva, inclusive, passando a receber influência externa em seu aprendizado. É com o início da locomoção e da fala, as crianças conseguem ter uma autonomia maior e os pais se sentem mais seguros (BAUER, 2002; BAUER *et. al.*, 2000, 2003, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Assim, por volta dos três anos, tendo adquirido autoconsciência e mais algum conhecimento sobre os padrões, regras e metas aceitas de sua sociedade, a criança torna-se mais capacitada para avaliar seus próprios pensamentos, planos, desejos e comportamentos em relação aquilo que é considerado socialmente apropriado. Só então poderá demonstrar emoções auto avaliadoras como: orgulho, culpa e vergonha (LEWÍS, 1995, 1997, 1998, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A segunda infância dos 03 a 06 anos, é a fase em que a criança começa a ter mais autonomia, passando a desenvolver aspectos básicos de responsabilidade e de independência. É nessa fase que ela passa a compreender que existem regras e portanto, as coisas que ela pode ou não fazer. Mais que isso, começa a compreender o mundo ao seu redor, bem ainda que suas ações e omissões têm reflexos em sua vida e nas pessoas em sua volta. É uma fase ativa e de muita exploração. É a fase em que também passam a aprender padrões de comportamento de um processo chamado identificação em que as crianças brincam com outras crianças, interagindo melhor em outros ambientes sociais. Assim como o autoconceito geral, a autoestima na segunda infância tende a ser tudo ou nada: ‘eu sou bom’ ou ‘eu sou mau’ (HARTER, 1996, 1998, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Por sua vez, na terceira infância, dos 06 a 11 anos, a amizade com colegas se torna cada vez mais importante e a criança, mais sociável, começa a se comparar com outras crianças da mesma faixa etária, onde também torna-se mais realista, quando as avaliações pessoais de competências baseadas na internalização dos padrões parentais e sociais passam a moldar e manter um senso de valor pessoal (HARTER, 1990, 1996, 1998, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Veja que o ser humano é um ser social, de pequeno interage com a própria família e, após, gradativamente com a sociedade em geral. Nos primeiros sinais de emoção os recém-nascidos deixam em evidência quando estão se sentindo desconfortáveis e infelizes, e através do seu choro, gritos e agitação dos braços e das pernas esse choro traz respostas, ficam felizes e percebem a sua

ligação emocional e social com os outros, principalmente com a mãe (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

2.2.2 Adolescência

O autoconceito e a imagem que temos de nós mesmos – o quadro total de nossas capacidades e traços. Descreve o que sabemos e sentimos sobre nós mesmos e orienta nossas ações (HARTER, 1996, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013). Nesta fase, a criança incorpora em sua autoimagem o quadro que os outros refletem de volta para ela.

À medida que a criança amadurece – fisicamente, cognitivamente e emocionalmente – ela é levada a buscar sua independência em relação aos adultos que está apegada, começa a explorar o mundo querendo vestir-se sozinha, andar e alimentar-se querendo fazer tudo sozinha (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A criança por meio do processo de socialização, adquire hábitos, valores e autoconfiança. Crianças bem-sucedidas na socialização não mais obedecem a regras ou comandos apenas para obter recompensas ou evitar punições; elas fazem dos padrões da sociedade seus próprios padrões (GRUSEC; GOODNOW, 1994; KOCHANSKA; AKSAN, 1995; KOCHANSKA; TJBKES; FORMAN, 1998, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Antes de que possa controlar o próprio comportamento, a criança talvez precise regular, ou controlar, seus processos de atenção e modular as emoções negativas (EISENBER, 2000, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013). A regulação da atenção permite-lhe desenvolver a força de vontade e lidar com as frustrações (SETHI *et al.*, 2000, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013). Evidentemente, algumas crianças são mais sociáveis que outras, refletindo traços de temperamento como o seu humor habitual.

O ajustamento social e emocional afeta a preparação da criança para a pré-escola e prediz fortemente o sucesso escolar. A autodefinição das crianças – o modo como elas se descrevem – normalmente muda entre os 05 anos aos 07, refletindo o desenvolvimento do autoconceito. À medida que o pensamento declina do tudo para o nada, a criança faz sua autodescrição de forma mais positiva e realista (PAPALIA; FELDMAN, 2013). As amizades se desenvolvem à medida que ela também se desenvolve, aprende que sendo amiga é que se tem amigos. O relacionamento com outras crianças torna-se ainda mais importante durante a terceira infância, aquelas que são admiradas e aceitas por seus colegas são mais suscetíveis a se sair melhor nas atividades escolares. É na terceira infância que ela deve aprender habilidades valorizadas na sociedade em que vive (SOUZA; HUTZ, 2008).

Há de se ressaltar que é na medida em que cresce que a criança compreende melhor seus sentimentos e o de outras pessoas, inclusive controlando melhor as emoções e reações e respeitando melhor o sentimento e sofrimento do outro (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

O período de transição da infância para a vida adulta, a adolescência, é marcado por um período longo, dos 11 anos aproximadamente a 20 anos, no qual ocorrem mudanças físicas, cognitivas emocionais e sociais, onde a busca da própria identidade resulta em conflitos típicos desta fase a vida e onde passa a ser importante satisfazer as próprias necessidades do adolescente, muitas vezes em discordância com os pais. Deste modo, com a evolução e o crescimento a criança vai se tornando um adolescente, iniciando-se a fase da puberdade (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A puberdade é o processo de amadurecimento sexual e de reprodução, iniciado por volta dos 13 anos de idade e podendo ir até os 21 anos. A relação de amizade com os amigos do mesmo sexo é uma forma de proteção contra o sexo oposto que é muito desejado e ao mesmo tempo muito temido pelos jovens, então, nessa fase são frequentes as paixões platônicas (SOUZA; HUTZ, 2008).

Em meio as mudanças que ocorrem no adolescente, pode-se destacar o raciocínio que evolui do concreto para o hipotético dedutivo e nesse ciclo há uma melhora significativa no processamento de informações formais e informais no cérebro do jovem adolescente. As características mais valorizadas em relação ao que consideram “ser jovem” é a vitalidade e a possibilidade de arriscar, isso que se chama de juventude é vitalidade” (PETERSEN; WAINER, 2011, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Para Bourdieu (2002), “a juventude é apenas uma palavra” - uma construção social da dominação adulta usada para controlar e estabelecer uma divisão de poder. Jovens e velhos são categorias que ajudam a manter uma ordem que coloca cada um em seu lugar, respeitando limites sociais “invisíveis”.

Em 1998, o jornal Folha de S. Paulo publicou uma reportagem sobre adolescência, para se referir a pessoas de 35 e 45 anos que adiam responsabilidades e deveres que se esperam dos adultos, vivendo uma juventude estendida. Segundo a reportagem, “estar adolescente é um traço norma da vida moderna. É a maneira de afirmar que a possibilidade de ainda vir a ser outro” (MAUSS, 2007, p. 37). É comum ver jovens sorrindo, pulando, dançando, festejando, praticando diversos esportes, conectando-se através de modernos aparelhos eletrônicos, sempre se movimentando. Os jovens da publicidade são desejáveis, bonitos, magros, vigorosos, exóticos, e se tornam um ideal de beleza e de estilo de vida para ser imitado- “uma imitação prestigiosa” (MAUSS, 2007).

Em contrapartida, a prevalência da depressão e do suicídio aumentam durante a adolescência. Jovens que tentam ou pensam em suicídio tendem a ter históricos de doença emocional. É nessa fase que os adolescentes passam mais tempo com os amigos e esses passam a ser mais importantes do que com a própria família. Entretanto os valores fundamentais dos adolescentes permanecem próximo dos valores de seus pais do que aquilo que realmente é percebido (OFTER; CHUCH, 1991, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013).

O crescimento e desenvolvimento não param bruscamente após a adolescência, portanto, compreende-se o período dos 20 anos aos 40 anos, o início da idade adulta, utilizando definições sociológicas, as pessoas podem ser consideradas adultas quando são responsáveis por si mesmas ou escolherem uma carreira, casarem-se ou estabelecerem um relacionamento afetivo significativo ou iniciarem uma família. Para a maioria das pessoas leigas, entretanto 3 critérios definem a idade adulta: Aceitar a responsabilidade por si mesma, tomar decisões independentes e tornar-se financeiramente independente (ARNETT, 2006, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013).

2.2.3 Adulto

A vida adulta que tem início aos 40 anos aos 60 é marcado por vários marcos de transições, variam de pessoa, de momentos e de situações. Normalmente as capacidades físicas e cognitivas

estão no auge nesse período de transição para a vida adulta tardia que inicia dos 60 anos em diante (CAMARANO, 2004).

Os relacionamentos sociais positivos, trabalhos, educação superior, casamentos e da mesma forma, consumo de álcool, tabagismo, dietas exageradas, consumo de drogas e acidentes por imprudência estão associados. Para Côte (2006, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013), o início da vida adulta oferece uma moratória, ou alívio, das pressões do desenvolvimento e permite aos jovens a liberdade de experimentar vários papéis e estilos de vida. Entretanto, ela também representa um ponto crucial durante o qual os compromissos do papel adulto gradualmente se cristalizam. Embora não sejam mais crianças, os adultos emergentes ainda precisam de apoio dos pais e o apego a eles continua sendo um ingrediente fundamental do bem-estar. O apoio financeiro dos pais, especialmente para a educação. Aumenta as chances de sucesso dos adultos emergentes nos papéis da vida adulta (AQUILINO, 2006, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A vida da pessoa adulta, constitui-se na fase mais produtiva e ativa do ser humano, produz e trabalha, vive e sobrevive do trabalho, em qualquer circunstância, seja cultural e/ou social. As transformações biológicas, principalmente as físicas na maioria de vezes acabam afetando o emocional e conseqüentemente as capacidades para obter e manter a autoestima.

Define-se a etapa adultos intermediários em termos cronológicos o período entre as idades 40 a 65 anos (LACHAMAN, 2001, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013). Com a chegada e o aumento da idade é normal que os adultos experimentem uma variedade de declínio perceptuais, incluindo dificuldades de audição e de visão (PLEIS; LUCAS, 2009, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013). Ainda se percebe a existência de perdas funcionais, olfativas e gustativas, também musculares, de resistências e de agilidade. Porém, evidencia-se que essas perdas podem ser compensadas por outras características e habilidades desenvolvidas pelo idoso ao longo de sua vida e, portanto, decorrentes de suas experiências pessoais.

No Brasil, aproximadamente 70% dos adultos são sedentários (BOCH, 1998, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013). O que repercute negativamente nas transformações físicas, fisiológicas e psicológicas, pois o desenvolvimento corporal da vida adulta no decorrer do tempo tende a ocorrer uma decaída nas estruturas corporais tais como: melhor elasticidade da pele, menor resistência óssea, menor força muscular, ocorre um aumento na gordura corporal, baixa autoestima, risco a doenças crônicas tais como hipertensão, diabetes, dentre outros.

2.2.4 O Idoso

Em termos meramente gramaticais, o dicionário da língua portuguesa Michaelis (2017), define idoso como aquele que tem muitos de vida ou velho, sendo possível ainda estabelecer que se trata da junção da palavra idade (anos de vida) acrescido do sufixo ‘oso’ e que, de mesmo modo, significará aquele que tem muita idade. Uma fase do ciclo da vida pela qual provavelmente, todos nós iremos passar um dia.

Por sua vez, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) utiliza o caráter da idade cronológico para definir quem é idoso, considerando pessoa idosa quem possui 60 (sessenta) anos ou mais em países em desenvolvimento e 65 (sessenta e cinco) anos ou mais para residentes de países desenvolvidos, justificando-se a diferença de acordo com as características socioeconômicas.

Aliás, o grupo dos idosos pode ainda ser dividido em três subgrupos cronológicos: o dos ‘velhos-jovens’ – com menos de 75 anos de idade; o dos ‘velhos-velhos’, com mais de 75 anos de idade; e, por fim, o dos ‘velhos-mais-velhos’, com 85 anos de idade ou mais (GONÇALVES, 2010).

No Brasil, legalmente, há um estatuto próprio para o idoso – Lei n.º 10.741/2003, de 1º de outubro, o qual define expressamente em seu art. 1º que, cronologicamente, a idade de 60 anos para que a pessoa seja considerada idosa (BRASIL, 2003). Ainda, no Brasil, os índices de envelhecimento têm aumentado consideravelmente, mas é um mito pensar que a população idosa foi mais bem acolhida e tratada antigamente (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Na mesma linha de pensamento Papalia e Feldman (2013) apresenta uma mudança na estrutura demográfica e que até 2025 será o sexto a ocupar a posição em população idosa, e que a expectativa de vida tem aumentado, até dobrado durante o século XX, aponta que esses dados são de suma importância, pois envolvem a discussão e construção de políticas públicas, previdência social, assistência médica, por exemplo. Buscar alternativas para o idoso que não seja apenas de abandono e solidão, e sim, buscar programas específicos para essa faixa etária, que se coloca como um desafio para os governantes.

Assim, pode-se pensar que a figura social e cultural da velhice sem sendo construída diferentemente ao longo dos anos, pois a pessoa idosa era muito desvalorizada, rejeitada e que cumpria somente seu destino biológico/reprodutor (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

A partir disso, o idoso tem um papel importante em algumas sociedades, sendo ele o suposto saber de experiências de vida, um saber a se aproveitar. Já em outras, esse saber não interessa, assim, o idoso acaba por ser abandonado ou deixado de lado, não representando ou “agregando” nada nessas sociedades, uma vez que este não produz mais, o que nos dias de hoje é o que parece representar ser mais importante (FALLER; TESTON; MARCON, 2015).

O idoso tem um reconhecimento no que diz respeito à experiência. Contudo, para algumas pessoas isto se torna desnecessário, pois acreditam que o idoso não tem mais razão. Ocorre que, além do caráter meramente cronológico, utilizado como um marcador objetivo para a definição de idoso e que muito facilita a formulação das políticas públicas para essa faixa da população, a própria OMS reconhece que não se pode limitar esse conceito a simples idade, já que o envelhecimento é pessoal e varia de acordo com as condições sociais, econômicas, de saúde e higiene e, até mesmo genéticas de cada indivíduo (PINHEIRO, 2011).

2.2.4.1 Aspectos cognitivos

O termo cognição corresponde à faixa de funcionamento intelectual humano, incluindo, percepção, atenção, memória, raciocínio, tomada de decisão, solução de problemas e formação de estruturas complexas do conhecimento. A grande dificuldade acerca do envelhecimento é o limite entre alterações cognitivas normais e patológicas (RIBEIRO; GURREIRO, 2002).

No processo do envelhecer, tanto normal quanto patológico, as funções executivas tendem a ficar prejudicadas. As alterações destas funções ocorrem de modo gradual e lento até os 60 e torna-se mais acelerada a partir dos 70 anos (RAMOS *et al.*, 1993).

O declínio cognitivo ou demência, tornou-se uma das principais preocupações da pessoa idosa. Já quadros de demência crescem com a idade, por sua vez, apresenta grandes desafios aos

idosos, familiares e profissionais da saúde. Surgem dificuldades no dia a dia que afetam de maneira significativa o bem-estar dos idosos. As disfunções cognitivas constituem parte dessas dificuldades, sendo que boa parte das pessoas acima de 60 anos apresentam alguma queixa relacionada a seu funcionamento cognitivo. Mesmo não apresentando demência, os idosos apresentam algum grau de mudança em seu desempenho cognitivo. Ainda, a capacidade de aprender com facilidade novas informações é diminuída com o passar dos anos. Acontecimentos como perder chaves, esquecer o nome de alguém podem ser episódios assustadores para alguns idosos (MACHADO *et al.*, 2011).

A Diretora Geral da Organização Mundial da Saúde, Dra. Margaret Chan, por ocasião da publicação do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde do ano de 2015, já no prefácio do documento, explica que:

A perda das habilidades comumente associada ao envelhecimento na verdade está apenas vagamente relacionada com a idade cronológica das pessoas. Não existe um idoso ‘típico’. A diversidade das capacidades e necessidades de saúde dos adultos maiores não é aleatória, e sim advinda de eventos que ocorrem ao longo de todo o curso da vida e frequentemente são modificáveis, ressaltando a importância do enfoque de ciclo de vida para se entender o processo de envelhecimento (CHAN, 2015, n.p).

Assim, o envelhecer é uma consequência natural de todo aquele que nasce com vida e inevitavelmente atingirá a todos, todavia, o fará de forma diferente a cada um, posto que se trata de uma situação individual, personalíssima e que decorre de inúmeros fatos subjetivos que excedem a seara da mera cronologia (BALTES, 1987, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013).

É evidente, portanto, que para fins médicos, psicológicos e mesmo sociológicos, ainda segundo Baltes (1987, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013) há que se encarar o envelhecimento, a velhice e o velho (idoso) de uma forma particular, considerando mais do que simplesmente a idade da pessoa, mas investigando-se as condições específicas de cada pessoa.

Assim, é verdade que o envelhecimento também depende de fatores específicos da vida de cada um, não sendo uma fórmula matemática e cronológica, mas ao contrário disso decorre de fatores inerentes ao estilo e qualidade de vida da pessoa. As chances de permanecer saudável e fisicamente capaz em geral depende das opções de estilo de vida, principalmente em relação ao tabagismo e a prática de exercícios físicos (VU, 2009).

Ora, é evidente que uma pessoa que sempre adotou um estilo de vida saudável, com uma alimentação adequada e balanceada, praticou exercícios regulares, com vida acadêmica e profissional, portanto, cognitiva ativa, envelhecerá não apenas mais tarde, como fará de forma saudável. O cenário do envelhecimento mundial está em uma expansão sem precedentes, ou seja, nunca se envelheceu tanto e tão bem como nos últimos anos (BRASIL, 2006).

Em um estudo realizado por Schmidt e Silva (2012), foi demonstrado que existem diversas atribuições à velhice, sendo que para alguns é tida como algo natural, para outros como algo que agride o organismo, ou seja, como um processo em que poderão ocorrer perdas e desgastes físicos, bem como também desgastes psicológicos. O envelhecimento não deve ser visto como um processo no qual haverá perdas e incapacidades, mas como um processo em que os idosos passam a ver a vida de outra forma, com mais sensatez e mais tranquilidade, sem o estresse que a juventude pode causar nos pensamentos, mas uma fase da vida saudável e ativa.

O envelhecimento se caracteriza como tempos vividos na vida, cheio de acontecimentos bons e ruins, desafios e realizações, a partir das oportunidades, do potencial adaptativo de cada idoso, também como agentes ativos e não condenados a sofrer passivamente os impactos negativos dos acontecimentos e das mudanças pelas quais viveram em suas vidas (FONSECA, 2005).

Cabe ressaltar que o desgaste, as perdas e os declínios são inevitáveis, desencadeando inúmeros desafios adaptativos para o idoso. Porém, há recursos e potencialidades existentes na velhice que podem se constituir em um mecanismo multideterminado e mediador nesse processo de envelhecimento. Dentre estes, tem-se a resiliência, que se configura como um novo conceito de uma realidade antiga, discutida por anos, por áreas com a Física e a Medicina (TAVARES, 2001).

A Política Nacional do Idoso estabelece como prioritário que o idoso seja cuidado pela família (Lei 8842/1994, Artigo 4º, Parágrafo III) e determina que o atendimento em asilos se destina aos casos de inexistência de vínculo familiar, abandono, ou falta de condição para prover o próprio sustento (decreto 1948/1996, Artigo 3º, Parágrafo único) (BRASIL, 1994, 1996).

Em contrapartida, a neuroplasticidade é a capacidade que o sistema nervoso tem de reorganizar a sua estrutura e suas funções em resposta a estímulos externos com o objetivo de aprimorar o seu funcionamento para dar conta das demandas das necessidades do cotidiano. A educação e a inteligência parecem influenciar positivamente no envelhecer cognitivo, menor atrofia e conseqüentemente, menor incidência de demências. Também, estes fatores contribuem para uma maior reserva cognitiva responsável pela resiliência e plasticidade dos circuitos envolvidos em diferentes processos mentais (FERRARI, 2001).

A preservação das habilidades de compreensão da fala nos idosos está relacionada com a preservação das funções cognitivas. A linguagem sendo um fator que sofre influência de possíveis processos cognitivos em declínio no idoso, é um aspecto que deve ser estimulado nas intervenções com a estimulação cognitiva. Pontos fortes da cognição do idoso pode ser explorado, como a preservação da associação e compreensão das palavras, aspectos globais do discurso e habilidades para produção, nomeação e interpretações de frases e figuras. Portanto, sendo a linguagem uma característica fundamental para a comunicação, sua estimulação contribui para que o idoso tenha maior independência e autonomia em suas atividades (FERREIRA *et al.*, 2012).

Por fim constata-se que o envelhecimento não deve ser considerado um processo patológico, pois é inerente de todos os níveis de organização da vida do ser humano. Em anos recentes a Psicologia vem deslocando o seu foco do estudo das patologias e do sofrimento para o exame de fenômenos capazes de promover saúde e automaticamente a melhora da autoestima (GROISMAN, 2002).

Existem uma série de fatores que parecem influenciar o grau de alteração cognitiva que as pessoas manifestam com a idade de 60 anos acima. São eles, segundo Spar e La Rue (2005):

- a) Genéticos: Cerca de 50% da variabilidade cognitiva na terceira – idade pode ser devida a fatores genéticos.
- b) Saúde: Idosos de ótima saúde ultrapassam em muitos testes cognitivos os que não tem doenças do foro médico
- c) Instrução: A instrução explica até 30% da variabilidade cognitiva na terceira idade.
- d) Atividade mental: Atividades mentalmente estimulantes estão com correlação com melhor desempenho cognitivo e menor declínio longitudinal.

- e) Conhecimentos especializados: Especialistas a envelhecer podem desenvolver estratégias compensadoras para manterem um alto nível de desempenho, apesar de certa erosão das capacidades cognitivas subjacentes.
- f) Personalidade e humor: A depressão está em correlação com insuficiência autopercebida da memória e com défices do desempenho se os sintomas são graves.
- g) Meio social e cultural: Os lapsos quotidianos da memória poderão ser julgados mais severamente quando experimentados por idosos do que por adultos jovens
- h) Treino cognitivo: Idosos cognitivamente intactos beneficiam da prática e do treino em capacidades cognitivas específicas.
- i) Diferenças entre os sexos: As tendências cognitivas no envelhecimento são semelhantes nos dois sexos, mas em mulheres podem revelar défices em tarefas espaciais numa idade inferior à dos homens e estes podem mostrar défices em tarefas verbais numa idade inferior à das mulheres
- j) Diferenças raciais e étnicas: Foram descritas em alguns testes cognitivos diferenças no desempenho a favor dos idosos brancos, mas quando o grau de instrução está equiparado entre os grupos estas diferenças são menores.

Os estudos relativos ao desempenho intelectual demonstram que as aptidões cognitivas atingem o seu pico pelos 30 anos (BRASIL, 2006).

2.2.4.2 Aspectos Psicossociais

Vivemos hoje uma realidade em que impera a ausência do estado do bem-estar social em nosso cotidiano, que produz um esvaziamento, bem como a falência de nossas instituições em nome de um neoliberalismo que, na verdade, só produz a desigualdade, a exclusão, a violência, sem falar no empobrecimento do pensamento (MESSINA, 2004, *apud* ROQUE, 2017).

A imagem do idoso para muitas pessoas é uma imagem de uma pessoa que não produz mais e muitos idosos acabam sofrendo ao se depararem com essa situação, uma vez que, essa imagem vai trazer questões e interrogações, principalmente, quando vem da ordem do trabalhador, isso poderá ser uma alavanca para o sentimento de desprezo pelo fato de que o idoso é visto como aquele que não produz e não se mantém. Compreende-se que o trabalho é um vinculador social, e para a pessoa idosa ele pode ser um aliado quando de problemas psicossomáticos na vida social. Além disso, ele tem um papel fundamental de identidade, diferenciando-se ainda entre importância para o homem e para a mulher (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

É mais fácil envelhecer quando não somos entediados nem tendenciosos, quando temos interesses por pessoas e projetos, quando temos o espírito aberto, flexível e maduro o bastante para nos submeter, quando necessário, às perdas imutáveis (VIORST, 2005).

A condição de isolamento social na velhice é outra questão a ser debatida, devido à sua capacidade de, inclusive, ser a causa de diversos transtornos cognitivos, incluindo a depressão. É importante também destacar o fato de que questões sociais que permeiam o envelhecimento são enraizadas pelas ideologias e valores de determinado contexto histórico e cultural (FERREIRA *et al.*, 2012).

Segundo Teixeira (2004), expressa que as condições de vida e as oportunidades que os sujeitos desempenham ao longo da sua vida influenciam diretamente o envelhecimento saudável do idoso, para este, velhice é fruto da trajetória social exercida pelo indivíduo desde o nascimento. Afirma, assim, que os sofrimentos físicos, econômicos e psicológicos muitas vezes intrínsecos ao ser humano são produtos estruturais da sociedade, possuindo influência negativa nas condições de vida daqueles que envelhecem.

2.2.4.3 Aspectos Motores

O corpo humano é como uma máquina, a qual precisa ser movimentada regularmente para manter todas as suas funções, se esses movimentos forem limitados às atividades diárias como caminhar, sentar, levantar, brincar com os netos, a nossa máquina irá ficar praticamente parada, fazendo com que nossos músculos atrofiem. Assim, percebe-se a importância da prática de uma atividade física regular e orientada, fortalecendo assim nossos músculos, articulações, ossos, além de aumentar a capacidade respiratória, a resistência física e facilitar a circulação sanguínea, tudo isso fazendo com que a fadiga demore mais tempo para ocorrer (GEIS, 2003).

Para Silva (1989), a coordenação motora é a habilidade do corpo de integrar a ação dos músculos de maneira a executar um movimento específico ou uma série de movimentos comuns da forma possível.

Existem cada vez mais evidências científicas apontando o efeito benéfico de um estilo de vida ativo na manutenção da capacidade funcional e da autonomia física durante o processo de envelhecimento. Além dos benefícios já citados anteriormente pela atividade aeróbica existem também importantes benefícios do treinamento de força muscular no adulto e na terceira idade: melhora da velocidade de andar, melhora do equilíbrio, aumento do nível de atividade física espontânea, melhora da autoeficácia, contribuição na manutenção e/ou aumento da densidade óssea, ajuda no controle do diabetes, artrite, doença cardíaca, melhora da ingestão alimentar e na diminuição da depressão (MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001).

Outra definição coloca a coordenação motora como um elemento central nas habilidades básicas, definidas como a produção de movimentos que apresentam relação entre si, com ativação de várias partes do corpo, execução numa determinada ordem, amplitude e velocidade (PELLEGRINI *et al.*, 2005).

Uma das principais causas de acidentes e de incapacidade na terceira idade é a queda que geralmente acontece por anormalidades do equilíbrio, fraqueza muscular, distúrbios visuais, anormalidades do passo, doença cardiovascular, alteração cognitiva e consumo de alguns medicamentos. O exercício contribui na prevenção das quedas através de diferentes mecanismos: fortalece os músculos das pernas e costas; melhora os reflexos; melhora a sinergia motora das reações posturais; melhora a velocidade de andar; incrementa a flexibilidade; mantém o peso corporal; melhora a mobilidade e diminui o risco de doença cardiovascular (BRASIL, 2006). Conforme afirma Porto (2008), busca-se através de programas de atividades físicas uma diminuição do stress, inibir o sedentarismo e principalmente manter a capacidade funcional do idoso, fazendo assim com que eles se sintam úteis, realizando suas tarefas diárias.

Atualmente existe um número cada vez maior de pessoas idosas vivenciando uma vida saudável; é importante não só viver mais, mas sim viver melhor, mantendo o corpo em constante atividade física a fim de conservar as suas funções vitais em bom funcionamento (OTTO, 2000).

Segundo Negrine (1987), a coordenação motora é a valência física mais estudada por especialistas em desenvolvimento motor e psicomotor. São atribuídas a ela as mais diferentes finalidades de aprendizagem, além de enquadrarem como a capacidade de sincronismo existente nas sucessões de gestos motores que o indivíduo realiza.

A esse respeito, Gallahue e Ozmum (2005) colocam que as exigências das tarefas motoras determinam o nível de coordenação necessário para um desempenho habilidoso. Para os mesmos autores, a coordenação motora não tem a ver necessariamente com força e resistência, mas se liga aos elementos de aptidão motora, equilíbrio, velocidade e agilidade.

Sendo assim, Papalia e Feldman (2013) destacam que o envelhecimento também é conceituado um processo progressivo, onde ocorrem modificações funcionais, morfológicas, bioquímicas e psicológicas, determinando a perda da capacidade de adaptação do sujeito e o meio-ambiente. Sua marca principal é o declínio, geralmente físico, como: lentidão, fraqueza, diminuição do tamanho, levando a alterações sociais e psicológicas. Essas transformações são praticamente inevitáveis. Essas perdas de funcionalidade trazem muitas ansiedades.

Maciel (2010) revela que, sente-se o corpo como estranho e isso está vinculado ao desejo que continua inserido, mas que o corpo não corresponde mais como mediador da situação. Desta maneira, a atividade física em qualquer idade pode reduzir os riscos de depressão e declínio cognitivo. Por equilíbrio entendem: a habilidade de um indivíduo manter a postura de seu corpo inalterada, quando este é colocado em várias posições.

2.2.4.4 Sexualidade

A sexualidade na velhice na perspectiva de Viorst (2005), pontua que as pessoas, ainda pensam que o idoso não sente desejo sexual, sendo inconveniente para essa etapa da vida. Porém, ao contrário que se pensa os idosos não são assexuados. Na mesma linha, Monteiro (2004) aponta que a sexualidade e afetividade estão articuladas aos conceitos de troca e relação, e trata do sujeito como um ser desejante.

A sexualidade, desejo fundamental do ser, ocupa um lugar central em nossa condição existencial. Ela compreende três dimensões básicas: uma biológica, uma psicológica e outra cultural (BASSON, 2006).

A dimensão biológica corresponde ao impulso sexual, determinado por processos fisiológicos, cerebrais e hormonais (FEDERMAN, 2006). A dimensão psicológica diz respeito aos desejos eróticos subjetivos e a vida afetiva intimamente implicada na vida sexual. Por fim a dimensão sociocultural se refere aos padrões de desejos, comportamentos e fantasias sexuais criados e sancionados historicamente pelas diversas sociedades e grupos sociais. Entretanto, há uma tendência a se considerar as origens biológicas, psicológicas e socioculturais do impulso e da resposta sexual como separações artificiais. Todas essas dimensões são, de fato, inseparáveis e ocorrem de forma conjunta, tanto nos processos e nas respostas normais como disfunções. (BASSON, 2006).

A sexualidade não é uma simples tensão orgânica anônima. Muito pelo contrário, toda vivência humana está carregada de intencionalidade, de desejos que buscam a satisfação. A forma específica, pela qual cada um realiza a sua sexualidade é também característica de sua existência no mundo. A sexualidade é um daqueles terrenos, um daqueles palcos, onde se lançam e ganham vida todos os conflitos e as peculiaridades dos seres humanos (MONEDERO, 1973).

Atualmente, costuma-se estudar a sexualidade humana discriminando-se quatro fases distintas do ciclo sexual: fase do desejo sexual, fase de excitação, orgasmo e fase de resolução (BASSON, 2006, *apud* DALGALARRONDO, 2008):

- a) Fase do desejo sexual é a mais complexa do ponto de vista psicológico, a menos fisiológica, pois depende do mundo das fantasias eróticas, das representações sociais e dos símbolos culturais relacionados a sexualidade. Apesar disso o desejo sexual tem também um componente biológico, influenciado por fatores hormonais e neuronais. Na fase do desejo, o indivíduo pode ter sensações físicas relacionadas a atração que uma pessoa ou um objeto lhe desperta. Parece que o desejo sexual do homem responde mais a estímulos visuais; nas mulheres, é mais afetado por fatores afetivos e não necessariamente “sensoriais”, tal diferença relaciona-se mais a fatores culturais que a fatores biológicos.
- b) A fase da excitação é a etapa inicial da relação sexual, com as modificações corporais e preparatórias do intercurso sexual.
- c) Fase do orgasmo é o pico do prazer sexual, em que há liberação da tensão sexual e contração rítmica dos músculos do períneo e dos órgãos reprodutivos pélvicos. No homem surge após a estimulação peniana, principalmente da glândula e do prepúcio.
- d) A fase de resolução é a etapa de retorno às condições normais do organismo, voltando as frequências cardíaca e respiratória, a pressão arterial e as condições dos genitais gradativamente ao estado anterior ao ato sexual.

Em qualquer momento do ciclo de desejo e resposta sexual, podem ocorrer disfunções que comprometem a atividade sexual satisfatória (BASSON, 2006). O desejo sexual inibido é caracterizado pela inibição persistente de qualquer tipo de desejo de natureza sexual. A avaliação da inibição deve levar em conta os padrões culturais, a faixa etária e a situação de vida da pessoa acometida. É relevante do ponto de vista prático, quando a ausência de desejo sexual desperta sofrimento no sujeito ou no seu parceiro. Fatores relacionados ao desejo sexual inibido são determinados por conflitos intrapsíquicos, por repressão exacerbada relacionada à temática sexual, por padrões educacionais e culturais que associam fortemente a sexualidade ao pecado, a culpa e a “sujeira”, e por conflitos interpessoais, particularmente a hostilidade no relacionamento do casal, que acaba se convertendo em inibição do desejo. Disfunções fisiológicas (hormonais, metabólicas, medicamentosa) também podem ser por fatores contribuintes para a inibição do desejo sexual (DALGALARRONDO, 2008).

2.2.4.5 Aspectos Emocionais

A vida afetiva é a dimensão psíquica que dá cor, brilho e calor a todas as vivências humanas. Sem a afetividade a vida se torna vazia, sem sabor. A afetividade é um genérico, que

compreende várias modalidades de vivências afetivas, como o humor, as emoções e os sentimentos (LOPEZ, 1974, *apud* DALGALARRONDO, 2008).

As emoções são de importância fundamental na terapia cognitivo comportamental (BECK, 2013).

A emoção é um estado afetivo intenso, de curta duração, originado geralmente como reação do indivíduo a certas excitações internas ou externas. Assim como o humor, as emoções são acompanhadas de reações somáticas (Neurovegetativas, motoras, hormonais, viscerais e vasomotoras), mais ou menos específicas. Ainda, emoção é uma experiência psíquica e somática, e revelam sempre a unidade psicossomática básica do ser humano. A emoção, ainda segundo Lopez (1974, *apud* DALGALARRONDO, 2008), é uma alteração global da dinâmica pessoal, um movimento emergente, uma tempestade anímica, que desconcerta, comove e perturba o instável equilíbrio existencial.

As sensações fisiológicas e ativações emocionais comuns a todos, combinadas a um viés atencional ao corpo, acabam gerando uma ampliação da percepção de sensações corporais benignas. Quase toda sensação física pode se tornar alvo de preocupação (p. ex. batimentos cardíacos, respiração, tosse). Por exemplo, uma dor muscular na região cervical é percebida em grande intensidade. O sujeito então, atribui a um sinal de doença, ao invés de uma explicação dentro dos padrões normativos (ZIMERMAN, 2000).

O ser humano apresenta uma série de mudanças psicológicas com o envelhecimento, as quais resultam da dificuldade de adaptações a novos papéis sociais, falta de motivações, baixa estima, autoimagem baixa, dificuldade de mudanças rápidas, perdas orgânicas e afetivas, suicídios, somatizações, paranoia, hipocondria, depressão (ZIMERMAN, 2000).

Emoções negativas intensas são dolorosas e podem ser disfuncionais se interferirem na capacidade do paciente para pensar, resolver problemas, atuar com eficiência ou obter satisfação. Pacientes com um transtorno psiquiátrico frequentemente vivenciam uma intensidade de emoções que pode parecer excessiva ou inadequada a situação. Por exemplo, sentir uma culpa enorme e depois tristeza porque teve que cancelar um simples evento social com sua colega. No entanto, a intensidade e a qualidade das emoções do paciente fazem sentido quando você reconhece a força dos pensamentos automáticos e das crenças (em geral muito dolorosas) que foram ativados (BECK, 2013). Os problemas com os quais o paciente parece estar tendo em um nível “normal” de sofrimento costumam ser menos importantes. O objetivo da terapia cognitivo-comportamental não é de livrar de todo sofrimento; emoções negativas fazem parte da riqueza da vida, tanto quanto as emoções positivas, e servem a uma função importante, da mesma forma que a dor física geralmente nos alerta para problemas potenciais que poderão ser abordados (BECK, 2013). Além disso, o terapeuta deve procurar aumentar as emoções positivas do paciente por meio da discussão (em geral relativamente breve) dos seus interesses, eventos positivos e lembranças positivas.

Segundo Arantes¹ (2019), somos criados e educados, para controlar as expressões dos nossos sentimentos. Para isso usamos máscaras e disfarces. Para sermos aceitos, ouvidos e compreendidos, nos tornamos capazes de esconder muito do que sentimos. Ao longo da nossa vida,

¹ ARANTES, Ana Cláudia Quintana A Morte É Um Dia Que Vale a Pena Viver. Disponível em: <https://www.goodreads.com/review/show/3034974451>. Acesso em: 10 abr. 2020.

no convívio com o outro, sentimos muita dor; por isso, criamos estratégias para nos defendermos do próximo sofrimento.

A família exerce uma importância fundamental no fortalecimento das relações, embora muitas vezes a família tenha dificuldades em aceitar e entender o envelhecimento de um ente, tornando o relacionamento familiar mais difícil. O indivíduo perde a posição de comando e decisão que estava acostumado a exercer e as relações entre pais e filhos se modificam-se. Os filhos muitas vezes passam a ter responsabilidades sobre seus pais, mas muitas vezes esquece-se de uma das mais importantes necessidades: a de serem ouvidos. Os pais muitas vezes expressam vontade de conversar, percebem que os filhos não têm tempo de escutar as suas preocupações. O ambiente familiar pode determinar as características e o comportamento do idoso. Assim, na família suficientemente sadia, onde se predomina uma atmosfera saudável e harmoniosa entre as pessoas, possibilita o crescimento de todos, incluindo o idoso, pois todos possuem funções, papéis, lugares e posições e as diferenças de cada um são respeitadas e levadas em consideração (ZIMERMAN, 2000).

2.3 Saúde Mental do Idoso

2.3.1 Depressão

A depressão é conhecida desde a antiguidade, quando Hipócrates criou o termo melancolia para se referir a uma intoxicação do cérebro causada pela bile negra. Esse termo foi utilizado até o século XIX, quando a depressão começou a ganhar mais espaço na sociedade científica. Atualmente a depressão é amplamente conhecida, sendo considerada um problema grave de saúde pública devido à quantidade de pessoas acometidas (ANTONIO; MORENO; ROSO, 2006).

Ainda para os referidos autores, é comum que no dia a dia, pessoas que não trabalham no campo da saúde mental, utilizem o termo depressão para se referirem a tristeza, contudo é importante que seja feita uma diferenciação técnica importante entre ambas. A tristeza corresponde a uma emoção esperada mesmo na ausência de uma psicopatologia diante de situações adversas vivenciadas pelo indivíduo. A depressão, por sua vez, é um transtorno psiquiátrico caracterizado por humor deprimido ou pela perda de interesse ou prazer, sintomas cognitivos, comportamentais e/ou neurovegetativos que afetam o funcionamento do indivíduo significativamente, trazendo prejuízo ou sofrimento em diferentes âmbitos da vida do indivíduo. (APA, 2014).

Quanto à depressão em idosos, fatores como ser do sexo feminino, ter idade avançada, baixa escolaridade, viver sozinho, tabagismo, comorbidades com condições médias, maior utilização de medicamentos, incapacidade funcional, sedentarismo, pensamentos suicidas, entre outros parecem estar presentes em indivíduos com o diagnóstico do transtorno (BORGES *et al.*, 2013). A presença de dor crônica em idosos apresentou grande relação com a depressão, considerando que 56,1% dos idosos com dor crônica apresentaram comorbidades com depressão em estudo realizado por Marta *et al.* (2010). A mesma pesquisa também identificou que a intensidade da dor está relacionada com os sintomas da depressão.

A afetividade negativa e eventos estressores importantes parecem contribuir para o desenvolvimento do transtorno. Além disso, ter familiares de primeiro grau com algum transtorno

depressivo aumenta em 2 a 4 vezes a chance de acometimento em comparação com o restante da população. Quanto ao risco de suicídio, mulheres parecem apresentar um maior risco de tentativas, mas menor risco de concretização (APA, 2014). Quanto mais cedo for identificado e tratado o episódio depressivo, mais chances de remissão do transtorno, em contrapartida a demora para o estabelecimento de um tratamento pode aumentar as chances de reincidência.

As queixas de memória ruim são muito comuns em pessoas deprimidas, embora esse sintoma chame mais a atenção, nos idosos podem estar alteradas, a atenção, a velocidade de processamento de informações, a destreza e a capacidade de formular hipóteses e modificá-las de acordo com ensaio-e-erro (BRUCKI, 2004; ALMEIDA, 1997).

A depressão sob o ponto de vista neurofisiológico, é uma anomalia no funcionamento de dois sistemas de neurotransmissores, a serotonina e a noradrenalina. Um neurotransmissor é uma substância sintetizada pelo neurônio no nível de suas extremidades e que permite a transmissão do influxo nervoso (FONTAINE, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde a depressão é um problema médico grave, e que tem como principais causas: i) A genética- estudo com famílias, gêmeos e adotados indica a existência de um componente genético estimado até em 40% de suscetibilidade para o desenvolvimento da Depressão; ii) A bioquímica cerebral, acima mencionada, gerada por anomalia no funcionamento dos neurotransmissores; iii) Eventos vitais, considerados como eventos estressantes, como ansiedade, estresse, álcool e drogas e entre outros (BRASIL, 2020).

Assim a depressão é um estado de causa e gravidade variável, e muitas vezes está associada a outros problemas de saúde e, portanto, pode não ser tratada com prioridade por alguns especialistas, porém, é certo que a depressão tem um papel difuso no estado funcional mental, na invalidez e qualidade de vida do idoso, mas do que qualquer outro problema (BRASIL, 2006).

Em sendo assim, considerando que a depressão acelera os declínios físicos do envelhecimento, é bem verdade que um diagnóstico precoce e preciso pode auxiliar na adoção de práticas preventivas ou se for o caso, na adoção do tratamento adequado, o que certamente ajudará pessoas idosas a viverem mais tempo e permanecerem mais ativos (FERREIRA *et al.*, 2012).

A prevalência da depressão e como ela se manifesta pode variar de acordo com a situação vivida pelo idoso e, como qualquer doença, é preciso caracterizar os seus sintomas, inclusive para poder diferenciá-la de sentimentos corriqueiros a que estamos expostos, mas que não configuram um desvio mental. A depressão é um transtorno mental, comum e sério e que afeta negativamente como você se sente, pensa e age. Ela pode levar a uma variedade de problemas emocionais e físicos e diminuir a capacidade de funcionalidade das pessoas (MOURA, 2019). Uma vez identificando o quadro depressivo, alguns caminhos são possíveis para o tratamento e a TCC tem se mostrado (através de evidências científicas) eficaz no tratamento do TDM, devido suas técnicas específicas pautadas nos escritos teóricos (KNAPP; BECK, 2008). O acompanhamento clínico é fundamental, e o profissional que acompanha o paciente, deve traçar os caminhos. A TCC ajuda os pacientes a solucionarem seus problemas e adotar um comportamento mais ativo, eles próprios consigam identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos depressivos-especialmente a noção negativa sobre si, sobre seu mundo e o futuro (MOURA, 2019).

Moura (2019) ainda lembra que com o acompanhamento terapêutico, o indivíduo irá aprender formas de aliviar seus sintomas, apesar do humor deprimido. Esse engajamento o levará

a novos comportamentos (não mais o de exclusão, solidão), e terá novos sentimentos que o proporcionará seu bem-estar, inclusive formas de aliviar as ocorrências. De acordo com o DSM-5, manual de classificação dos transtornos mentais, os episódios depressivos podem ser classificados como leves, moderados ou graves e há tratamento para cada quadro específico. De qualquer forma vale ressaltar que o modo como a pessoa lida com as situações diárias é muito particular e individual, e dar conta de seguir em frente depende da resiliência de cada idoso.

A autopercepção das pessoas idosas sobre o processo de envelhecimento, tem sido habitualmente conceituada de uma maneira depreciativa pela sociedade. Sobre elas recaem atributos negativos, de deterioração e decadência, homogeneizando os sujeitos.

Como surge o sentimento de envelhecer? Para Le Breton (2011), uma mistura indefinível de consciência de si (por meio da consciência aguda de um corpo que muda) e apreciação cultural e social, passando essa última, em particular, pelo olhar do outro, através do qual nasce o sentimento abstrato de envelhecer.

Muitos são os estudiosos que explicam e definem o envelhecimento por meio de vários aspectos, no entanto, poucos se preocuparam em fazer isso sob a ótica de quem mais estão aptos a explanarem sobre o assunto, os próprios idosos. Esse descuido levará a sociedade a uma visão distorcida dos pensamentos e sentimentos do idoso, e automaticamente não beneficiará na aquisição e prevenção da saúde do idoso. Torna-se assim urgente que estratégias, sejam buscadas pelo serviço de saúde com a intenção de promover ações e pesquisas, abordando aspectos que não foram percebidos sobre a qualidade de vida do idoso. O envelhecimento populacional tem se mostrado um dos maiores desafios da saúde pública. Políticas públicas de saúde têm se organizado a partir do Programa de Saúde da Família (PSF), por meio da atenção básica, promovera qualidade de vida e o bem-estar individual e coletivo por meio de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, diante do desenvolvimento de políticas intersetoriais que incentivem e proporcionem condições de bem-estar e desenvolvimento individual e coletivo (BRASIL, 2006).

É evidente que a negação da velhice tem sido motivo de depressão no idoso, já que a beleza e a juventude são sinônimas de sucesso e de realização pessoal na sociedade moderna. Percebe-se que entre a juventude e a vida adulta, o idoso também passa por uma crise de identidade, influenciando sua autoestima positiva e na aceitação dele próprio. A autoestima baixa tem seu efeito na autonomia, liberdade, convívio social e refletem na qualidade dos vínculos afetivos e das relações em geral (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

É muitas vezes por meio do olhar do outro que indivíduo se percebe como um velho. Como afirma Beauvoir (1990, p. 09): “Em mim, o idoso é o outro, isto é, aquele que sou: e esse outro sou eu”. A autora relata a diferença entre o olhar sobre si mesmo e o olhar que os outros tem sobre ele. O velho não se vê como velho. Ele vê a si mesmo como sempre se viu ao longo da vida. Isso faz com que, para cada um de nós, o velho seja sempre o outro ou um outro. Não vemos em nós mesmos aquelas características atribuídas ao idoso.

É certo que a vida é composta de situações adversas é necessário que o foco dos cuidados seja no Idoso, mas o apoio da Família é uma ferramenta de fundamental importância. Ao se sentir amados e cuidados os idosos passarão a ver a velhice como um processo de ganhos e não de perdas, podendo assim também, serem aproveitados todos os conhecimentos adquiridos por eles ao longo

da vida usados e desfrutados entre a família, amigos e/ou comunidade em que vive, porque a experiência adquirida não tem preço e nem idade para ser socializada (MENDES *et al.*, 2005).

Com o envelhecimento da população verificou-se um crescente número de idosos ativos e saudáveis, o que acabou por alterar a percepção sobre o envelhecimento. O envelhecimento bem-sucedido ou ideal substitui a ideia de que o envelhecer resulta de processos de perdas e declínios. Assim considerando que fatores modificáveis influenciam o envelhecimento, algumas pessoas podem envelhecer com mais sucesso do que outras, a depender do estilo de vida adotado e da autopercepção de seu envelhecimento (ROWE; KAHN, 1997, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013).

2.3.2 Ansiedade

A ansiedade é definida como estado de humor desconfortável, apreensão negativa em relação ao futuro, inquietação interna desagradável. Inclui manifestações somáticas e fisiológicas (dispneia, taquicardia, vasoconstrição ou dilatação, tensão muscular, parestesias, tremores, sudorese, tontura) e manifestações psíquicas (inquietação interna, apreensão, desconforto mental) (DALGALARRONDO, 2008).

O medo e a ansiedade são sentimentos comuns a todos os seres humanos. Mesmo sendo aspectos esperados e naturais da vida cotidiana, um grande número de pessoas sofre intensamente com a magnitude dessas condições, experimentando desconforto e tensão (TISSER; COIMBRA, 2019). Os comportamentos ansiosos e os transtornos de ansiedade (TA) se configuram como um problema de saúde pública através de altas taxas de prevalência e incidência na população, e cujos efeitos podem ser nocivos para o desenvolvimento humano em todas as fases a vida (FERNANDES *et al.*, 2014). Tendo em vista o prejuízo ocasionado por esses fenômenos, o percurso e o tratamento desses estados, porém, para o entendimento da ansiedade e do medo, é necessária também a compreensão da sua função adaptativa.

Desde o início da humanidade, o medo e a ansiedade têm servido como um alerta ao possível perigo, possibilitando que os seres humanos se adaptem e se preparem para o futuro. Esses estados emocionais são fenômenos aproximadamente relacionados, originários da evolução do sistema de defesa dos mamíferos, que resultam em uma série de comportamentos adaptativos com o objetivo proteger os interesses vitais dos seres humanos (BAPTISTA; CARVALHO; LORY, 2005).

Embora o medo e a ansiedade sejam manifestações semelhantes e interligadas que visem proteção contra as ameaças existem diferenças importantes entre elas. O medo pode ser entendido como uma emoção inata, caracterizada por um período de excitabilidade autonômica aumentada, ativada em resposta ao perigo iminente, real ou percebido (APA, 2014). Em outras palavras, esse fenômeno é uma resposta neurofisiológica primitiva, envolvendo a percepção cognitiva de um elemento presente como ameaçador, que prepara os indivíduos para a luta ou fuga (CLARK; BECK, 2012).

Já a ansiedade tem sido descrita como um sistema evolutivo de resposta cognitiva, afetiva, fisiológica e comportamental complexo e orientado para o futuro, que é ativado quando eventos ou circunstâncias antecipadas são consideradas ameaçadoras (CLARK; BECK, 2012). Sendo assim, entende-se a ansiedade como uma projeção do futuro em relação a uma potencial ameaça, a qual

desvia o foco atencional para eventos interpretativos como perigos ou para a própria resposta emocional do indivíduo, eliciada pelos estímulos aversivos previstos. Apenas a ideia de falta de controle e imprevisibilidade sobre os eventos ou situações pode ativar esse sistema e, apesar de sua semelhança com o medo, a ansiedade está mais relacionada a comportamentos de cautela e esquiiva (APA, 2014).

Ao mesmo tempo que a ansiedade é natural, protetiva e impulsionadora para melhores performances sociais, físicas e intelectuais, é uma condição que, quando em demasia, pode causar impactos graves sobre a saúde e o bem-estar. Estimativas sugerem que aproximadamente 3,6% da população sofre com transtornos de ansiedade, assim como estudos apontam que cerca de 30% das pessoas sofrerá com ansiedade ao decorrer da vida (LEAHY, 2006).

Em suma, o medo e a ansiedade são estados emocionais focados na ameaça, com duração limitada, que são evocados em contextos específicos como resposta a algum estímulo interpretado como perigo. São fenômenos adaptativos e visam a sobrevivência, mas muitas vezes causam danos à saúde. Então, como identificar quando esses estados são disfuncionais? Pode-se dizer que a ansiedade e medo são clinicamente significativos quando ambos são mais recorrentes e persistentes; quando sua intensidade é desproporcional dado o perigo ou ameaça objetiva; quando tendem a paralisar indivíduos, impossibilitando-os de enfrentá-los; e quando resultam em prejuízo no funcionamento psicossocial e fisiológico (CASTILLO *et al.*, 2000).

O manual diagnóstico e estatístico de transtorno mentais (DSM-5) caracteriza os transtornos de ansiedade como prejuízo significativo no funcionamento psicossocial do indivíduo, advindo do medo e ansiedade excessivos (APA, 2014). Sabe-se que essas enfermidades possuem altos índices de comorbidades entre si e se diferenciam basicamente pelo gatilho que alicia a ansiedade. O traço de ansiedade, o estado de ansiedade e os TA apresentam diferenças com relação ao seu nível de prejuízo e duração dos sintomas. O traço de ansiedade é a tendência do indivíduo em responder de maneira ansiosa aos eventos ambientais, isto é, sua resposta frente a situações percebidas como potencialmente ameaçadoras. Já o estado de ansiedade é uma condição emocional transitória que pode apresentar diferentes intensidades. Desta forma, os TA são as manifestações mais graves, devido ao excesso de preocupação e medo, além da maior duração e complexidade dos sintomas ansiosos, pois se apresentam de forma disfuncional e são acompanhados de prejuízos. Assim, a diferenciação entre população clínica ou não clínica pode ser feita de acordo com o nível de ansiedade e a intensidade dos sintomas, e não pela experiência da própria ansiedade (CLARK; BECK, 2012).

Enfim, os transtornos de ansiedade podem afetar a capacidade de uma pessoa para trabalhar, estudar e participar de outras atividades. A recuperação é possível com o tratamento adequado. Algumas maneiras de gerenciar os transtornos de ansiedade incluem aprendizagem sobre a ansiedade, técnicas de relaxamento, técnicas de respiração corretas, ajustes na dieta, exercício, aprender a ser assertivo, a construção de autoestima, terapia cognitiva, terapia de exposição e medicação. A atividade física é uma outra maneira útil para controlar a ansiedade (CLARK; BECK, 2012).

2.3.3 Estresse

A identificação da causa de estresses nem sempre é facilmente realizada, necessitando que o investigador seja hábil em questionar o idoso de maneira hábil e correta. Assim, é importante indagar ao paciente se ele possui algum cônjuge/parceiro e como se dá este relacionamento (se está ocorrendo algum tipo de desentendimento, por exemplo); averiguar se o paciente está conseguindo ter um desempenho adequado em seu ambiente de trabalho (incluindo se seu relacionamento com colegas está apropriado); e sondar como é a vida social (quais grupos de convívio social está envolvido, como se comporta na presença destas pessoas, com que frequência se encontra com eles) (SOUZA *et al.*, 2015).

À medida que envelhecemos mudanças de hábitos podem acontecer como parte de um processo naturalmente esperado. Contudo, há a necessidade de se investigar se essas mudanças estão ocorrendo devido a alguma dificuldade (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

O processo de envelhecimento humano tem sido relacionado a mudanças de ordem biopsicossocial, que apresentam um efeito significativo na redução da saúde física e mental, diminuindo a qualidade de vida (FORTES-BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2008). Tais mudanças, vivenciadas pelos idosos, corroboram o sentimento de perda de controle sobre si e sobre o ambiente, sendo comumente percebidas como potencialmente estressantes (NERI; FORTES, 2006). Para Aldwin e Gilmer (2004, *apud* MELO *et al.*, 2013), os eventos estressantes do envelhecimento podem ser diferenciados em dois tipos básicos: O primeiro é fruto de eventos e preocupações que dizem respeito ao próprio idoso (por exemplo, problemas ligados à sua dependência física e sua condição econômica), já o segundo diz respeito a eventos ocorridos com pessoas significativas para o idoso (por exemplo, problemas de saúde e morte de parentes e amigos).

Apesar de apresentar uma classificação e compreensão geral, é preciso assinalar que nem todas as pessoas vivenciam o evento estressante da mesma forma; isso dependerá da avaliação que elas farão do evento em si. Quanto mais o evento for percebido como adverso e relacionado com a perda e a incontrolabilidade, maior a chance de serem vividos como estressantes (MONAT; LAZARUS; REEVY, 2007, *apud* MELO *et al.*, 2013). Assim, um determinado agente estressor pode ser estressante para um idoso, mas não para outro. Esta distinção do potencial danoso do evento estressante se deve, em parte, à possibilidade de a pessoa utilizar recursos psicossociais que favoreçam estratégias de enfrentamento (*coping*) diante dos eventos (MARGIS *et al.*, 2003). Neste marco, o sentido de vida (SV) poderia ser considerado um fator que auxilia no enfrentamento de situações consideradas adversas, potencializando os níveis de saúde e de qualidade de vida das pessoas.

O estresse em idosos pode ter como origem diferentes causas, entre as situações mais comuns estão a necessidade de conviver com doenças crônicas que exigem uma série de cuidados, a adaptação à aposentadoria, a perda do cônjuge, insônia e mudanças financeiras. O estresse crônico eleva o risco de doenças cardíacas, pode desencadear azia, agravar o quadro de diabetes, elevar a pressão arterial e causar insônia, além de tornar as pessoas ansiosas, preocupadas, deprimidas ou frustradas. Conforme a Escola de Medicina de Harvard (*Harvard Medical School*²,

² Estresse em Idosos. 10 maio 2017. Disponível em: <https://www.centralnacionalunimed.com.br/viver-bem/saude-em-pauta/estresse-em-idosos>. Acesso em: 10 jul. 2020.

2017), entre os sintomas do estresse estão: dores de cabeça, dor nas costas, indigestão, palpitações cardíacas, baixa concentração, indecisão, irritabilidade e nervosismo.

Felizmente, há uma série de atitudes e tratamentos que impactam positivamente no controle do estresse. O tipo de alívio que pode funcionar melhor depende dos sintomas apresentados pela pessoa. Por exemplo, se a insônia é a fonte do estresse, é aconselhável procurar tratamento para corrigir padrões de comportamento autodestrutivos e pensamentos negativos que estão afetando o sono (WSCOM³, 2017).

A habilidade de enfrentar os estressores presentes na vida do idoso comporta mais do que o ajudar a eliminar ou atenuar o efeito de estressores. A psicoterapia deve permitir ao idoso a possibilidade de participar de uma experiência positiva, que inclua as diferentes dimensões de bem-estar psicológico: senso de domínio, crescimento pessoal, ter um propósito de vida, autonomia, autoaceitação e relações positivas com os outros (FREITAS; BARBOSA; NEUFELD, 2016).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os humanos sempre usaram suas habilidades para entender o mundo ao seu redor. Nos primeiros dias da humanidade, o processo era mais livre com base em tentativa e erro. Ao longo dos anos, o homem sistematizou seu comportamento e criou os meios e técnicas que lhe permitiam entender a natureza das coisas e o comportamento das pessoas (CERVO; BERVIAN, 2002; FACHIN, 2006; BARROS; LEHFELD, 2007, *apud* SILVA, 2014).

Em sendo assim, Richardson (1999, p. 70) explica que o método de pesquisa se constitui na “escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação dos fenômenos”.

Deste modo, o presente capítulo se referiu aos procedimentos metodológicos da pesquisa, os quais foram os elementos essenciais para a obtenção dos resultados, ou seja, se referiu ao conjunto de métodos que foram utilizados, no decorrer do trabalho, para se chegar à conclusão final e, por certo, ao conhecimento.

3.1 Tipo de Pesquisa

Existem várias modalidades de pesquisa científica, a escolha da metodologia e da classificação da pesquisa determina o caminho que o pesquisador vai adotar para realizar o seu

³ Confira dicas para controlar o estresse em idosos. 19 maio 2017. Disponível em: <https://wscm.com.br/confira-dicas-para-controlar-o-estresse-em-idosos/>. Acesso em: 10 jul. 2020.

trabalho e chegar aos resultados. Mais que isso, o objetivo de se escolher e esclarecer, com precisão, a metodologia aplicada é também permitir que outros estudiosos ou pesquisadores possam replicar e/ou confirmar os dados obtidos.

Assim, segundo Gil (2002) e ainda Cervo e Bervian (2002), uma pesquisa científica pode ser classificada de diferentes modos, de acordo com os objetivos que foram definidos pelo pesquisador.

A presente pesquisa foi realizada de forma básica, a qual, segundo Gil (1999), Cervo e Bervian (2002) e Vergara (2005) é motivada pela curiosidade intelectual do pesquisador e situada, sobretudo no nível da especulação e descoberta da verdade, intuindo novos conhecimentos. Desse modo, o presente projeto científico é básico porque não busca a resolução de um problema concreto imediato de ordem prática, mas sanar a curiosidade, bem ainda dirimir dúvidas e questionamentos da pesquisadora e que, posteriormente podem servir de parâmetro para outros pesquisadores, sobre qual é a autopercepção do idoso na atualidade.

Ainda quanto objetivos para esta pesquisa, adotou-se a forma descritiva a qual, segundo Neumann (1997, *apud* SILVA, 2014, p. 22) visa a demonstrar os “processos, mecanismos e relacionamentos existentes na realidade do fenômeno estudado, utilizando-se para tanto, um conjunto de categorias ou tipos variados de classificações”, ou seja, pretende-se com o presente promover a descrição dos sentimentos e da autopercepção do idoso na atualidade, bem ainda quais são os fenômenos que influenciam nesse sentimento.

A pesquisa foi realizada de forma quantitativa, a qual segundo GIL (1999) “implica na utilização de medidas previamente estabelecidas cujos resultados sejam quantificáveis, garantindo o estabelecimento de conclusões seguras e confiáveis”.

Segundo Richardson (1999, p. 70), “o método quantitativo, como o próprio nome indica, caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas”.

Por fim, para a coleta de dados primária foi utilizada a pesquisa bibliográfica efetivada por meio de fontes bibliográficas, embasada mormente em livros, base de dados variados e artigos científicos sobre o assunto. Após esta fase, o levantamento de dados foi constituído pelo de interrogatório direto dos participantes acerca de sua autopercepção do envelhecimento a partir do preenchimento de um formulário dirigido a esta temática.

3.2 População e amostra

Richardson (1999, p. 157) ensina que “é impossível obter informações de todos os indivíduos ou elementos que foram parte do grupo que se deseja estudar; seja porque o número de elementos é demasiadamente grande, os custos são muito elevados ou ainda porque o tempo pode atuar como agente de distorção”. Isso significa dizer que, em uma pesquisa científica, é recomendado que não se trabalhe com todos os elementos componentes do grupo estudado, mas que se escolha uma parcela ou parte representativa dela. Nesse mesmo sentido, Gerhardt e Silveira (2009), explicam que o pesquisador poderá estudar a população total ou somente uma amostra representativa (quantitativamente) ou ilustrativa (qualitativamente) dessa população.

A população que representou o estudo, incluiu os idosos (cronológica, biológica e psicologicamente assim (auto) classificados) integrantes do projeto de inclusão social denominado

FAMEDE – Faculdade Aberta da Melhor Idade – curso de extensão promovido pelo Centro Universitário da Fasipe - UNIFASIPE.

A FAMEDE se trata de um projeto social gratuito vinculado à UNIFASIPE, em funcionamento na cidade de Sinop-MT, desde o ano de 2012, associado ao IES (Instituto de Ensino Superior) e em parceria com a Prefeitura Municipal de Sinop, a qual promove o transporte dos idosos de suas residências até a instituição.

As aulas, relacionadas a assuntos variados, são ministradas duas vezes por semana, às terças-feiras e quintas-feiras, no turno vespertino, das 14h00 às 16h00 e tem como público-alvo indivíduos com idade a partir de 50 anos, com diferentes grau de instrução e, portanto, abrangendo pessoas alfabetizadas ou não as quais foram parte do perfil de interesse desta pesquisa.

No ano letivo de 2020, o projeto da FAMEDE registrou a população de 40 idosos com idades que variam entre 52 a 90 anos de idade. Destes, os 16 que aceitaram participar foram contabilizados para amostra.

Fora excluído deste estudo, indivíduos caracterizados idosos, biopsicossocialmente, porém, que não estejam matriculados na FAMEDE.

3.3 Coleta de Dados

As técnicas de coleta de dados são um conjunto de regras ou processos utilizados por uma ciência, ou seja, corresponde à parte prática da coleta de dados (MARCONI; LAKATOS 2010).

Em decorrência da pandemia de coronavírus que atingiu o país no decorrer da presente investigação e que, portanto, determinou a suspensão das aulas presenciais na FAMEDE, a pesquisa foi realizada diretamente na casa de cada membro do projeto de extensão da UNIFASIPE. Desta forma, a pesquisadora entrou em contato telefônico, através dos números de telefone disponibilizados pela Coordenadora do projeto, a fim de apresentar a pesquisa aos alunos matriculados e, após explicar-lhe a forma de funcionamento, fez o convite para participação.

Considerando a familiaridade que a co-pesquisadora possui com o grupo matriculado no ano letivo de 2020 na FAMEDE, por ter feito parte do projeto ao ministrar aula e direcionar encontros temáticos relacionados a psicologia, foi solicitado, por telefone, a permissão dos participantes para o comparecimento da pesquisadora em sua residência, em data e horário previamente combinados.

Assim, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, e com a agenda definida com os interessados, a pesquisadora compareceu na residência de cada membro da FAMEDE, no decorrer de duas semanas, incluindo sábados e domingos, a fim de efetivar o estudo, o qual iniciou-se com a leitura e explicação do TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seguido do esclarecimento objetivos e procedimento da pesquisa.

Ao receber a confirmação da participação do aluno da FAMEDE, a pesquisadora iniciou a aplicação do questionário de investigação proposto ao estudo conforme apresentado no item 3.4.

A fim de garantir a segurança e a saúde dos participantes e, portanto, prevenir o contágio da COVID-19, a pesquisadora atendeu estritamente todos os protocolos de segurança e higienização definidos pelos órgãos de saúde, especialmente a manutenção do distanciamento físico, uso de máscara, higienização das mãos, retirada do calçado ao entrar na residência e demais

medidas que sejam solicitadas pelo participante ao ingressar em sua residência, inclusive tendo levado consigo sua garrafa de água.

Assim, respeitadas as orientações e cuidados de higiene e saúde, a pesquisadora procedeu com a aplicação individual e em formato de entrevista do Questionário das Percepções do Envelhecimento - APQ (descrito no item 3.4).

Em média, cada uma das 16 entrevistas realizadas para a coleta de dados do Questionário das Percepções do Envelhecimento durou aproximadamente 60 minutos e foi realizada em uma única visita. Desta forma, a pesquisadora acompanhou em cada item apresentado no instrumento, o real entendimento do participante e possível desconforto ou problema que a pesquisa possa oferecer ao participante durante sua execução, estando de prontidão a acolher e atender a demanda psicológica que possa vir a ser manifestada.

Concluído o questionário, agradeceu-se a participação do idoso na pesquisa, encerrando esta fase da coleta de dados. Posteriormente, foi procedida a tabulação e à análise dos dados obtidos, concluindo-se a pesquisa.

3.4 Instrumento de Pesquisa

A eficácia e a validade de uma pesquisa científica dependem da escolha adequada dos instrumentos a serem utilizados para a coleta de dados.

Nesta pesquisa, foi utilizado o questionário como instrumento de pesquisa, constituído de algumas perguntas de interesse dos pesquisadores. Pode ser auto aplicado ou com uma entrevista ou formulário (GIL, 1999). Esse instrumento de pesquisa tem como principais vantagens atingir um grande número de pessoas, menores gastos com pessoal; garante anonimato das respostas, bem como distancia o pesquisador do pesquisado (MARCONI; LAKATOS, 2010).

O Questionário das Percepções foi o instrumento escolhido para essa pesquisa, por se tratar de um modelo aceito internacionalmente e, portanto, ser confiável e, além disso, por abranger questões que podem ser respondidas pelos entrevistados com subjetividade e fidelidade a sua autopercepção sem receios de julgamentos externos.

No presente estudo, foi proposta a utilização do Questionário das Percepções do Envelhecimento (*Aging Perceptions Questionnaire*), o qual se trata de um questionário multidimensional, embasado no modelo de autorregulação de Leventhal (1984, *apud* BARKER *et al.*, 2007) e devidamente traduzido e adaptado para a língua portuguesa brasileira por Rocha (2010).

O APQ é um questionário de avaliação multidimensional autoaplicável ou passível de aplicação por meio de entrevista, o qual é composto por 32 questões e que tem por objetivo avaliar a autopercepção do idoso em relação ao envelhecimento e a idade.

O questionário é uma adaptação do Questionário de Percepção da Doença (*Illness Perception Questionnaire*) criado pela necessidade de se estudar e perceber como o envelhecimento e a percepção do idoso podem ser considerados como um evento estressor ou estressante e, portanto, embora não seja uma doença em si, acaba exigindo recursos e acarretando desafios pelo sujeito idoso e que devem ser entendidos e posteriormente tratados.

Esse questionário avalia, portanto, a autopercepção do envelhecimento a partir de oito domínios distintos, sete dos quais envolvem opiniões sobre o próprio envelhecimento, enquanto

que o oitavo é chamado de domínio da identidade e examina a experiência dos indivíduos com as alterações em relação às doenças (RAMOS *et al.*, 2012).

O APQ se trata de um modelo internacionalmente aceito e amplamente entendido como um instrumento aceitável para avaliação das propriedades psicológicas acerca da autopercepção do envelhecimento e do idoso, inclusive, a fim de coleta de dados efetivos e que podem auxiliar na identificação de sujeitos em situação de risco acerca de percepção, por vezes, equivocadas ou negativas.

4. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

A Organização Mundial da Saúde – OMS utiliza o caráter de idade cronológica para definir quem é idoso, considerando pessoa idosa quem possui 60 (sessenta) anos ou mais em países em desenvolvimento e 65 (sessenta e cinco) anos ou mais para residentes em países desenvolvidos, justificando-se a diferença de acordo com as características socioeconômicas.

Ou seja, o envelhecimento está estritamente relacionado as questões internas e externas do indivíduo, sendo pessoal e variável de acordo com as condições sociais, econômicas, de saúde e higiene e, até mesmo genéticas de cada um.

A Diretora -Geral da OMS, Dra. Margaret Chan, por ocasião da publicação do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde do ano de 2015, explicou que:

“à perda das habilidades comumente associada ao envelhecimento na verdade está apenas vagamente relacionada com a idade cronológica das pessoas. Não existe um idoso ‘típico’. A adversidade das capacidades e necessidades de saúde dos adultos maiores não é aleatória, e sim advinda de envelhecimentos que ocorrem ao longo e todo o curso da vida e frequentemente são modificáveis, ressaltando a importância do enfoque de ciclo de vida para se entender o processo de envelhecimento”.

Ademais, o envelhecimento não chega de uma hora para outra, mas é caracterizado por uma ampla variedade de sinais progressivos e constantes, os quais vão se apresentando sutilmente na vida dos idosos, sem que estes os percebam.

Deste modo, as informações coletadas mediante a aplicação do Questionário sobre Percepções de Envelhecimento (APQ) dos idosos sobre a autopercepção do envelhecimento afeta a qualidade de vida e de suas relações. Serão apresentadas a seguir, bem como os dados sociodemográficos da população pesquisada.

4.1 Descrição e análise de dados

Tabela 01 – Da autopercepção do envelhecimento

Item	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
Tenho consciência de estar envelhecendo o tempo todo	1	0	2	9	4
Estou sempre consciente da minha idade	0	1	0	13	2
Sempre me classifico como velho (a)	2	8	2	4	0
Estou sempre consciente do fato de que estou envelhecendo	0	5	1	9	2
Sinto minha idade em tudo que eu faço	1	8	3	3	1

Fonte: Própria (2020).

Os dados coletados na tabela 01 evidenciam que parte dos idosos entrevistados têm consciência do processo de envelhecimento e da sua idade cronológica, todavia, não percebem a idade como um obstáculo, ou seja, não sentem a idade nas atividades corriqueiras e diárias.

Dos 16 idosos entrevistados, 13 (treze) eram mulheres e 03 (três) eram homens, a maioria concordou ou concordou plenamente ter consciência do envelhecimento e da sua idade, contudo, discordam ou discordaram totalmente da classificação como velho ou de que sentiam a idade em tudo o que fazia.

Assim, os dados obtidos na tabela 01, sugere que embora os idosos tenham consciência de estar envelhecendo, essa percepção, por si só, não os faz sentir como velhos.

Para LE BRETON (2011), o sentimento de envelhecer surge como uma mistura indefinível de consciência de si (por meio da consciência aguda de um corpo que muda) e apreciação cultural e social, passando essa última, em particular, pelo olhar do outro, através do qual nasce o sentimento abstrato de envelhecer.

E, portanto, a consciência do avançar cronológico, por si só, dissociada de todos os demais aspectos, não induz ao sentimento de velhice. De acordo com os teóricos as pessoas que são ativas desde cedo na vida colhem os benefícios de mais vigor e de mais resiliência após os 60 anos (Spiriduso e MacRae, 1990).

Tabela 02: Aspectos do envelhecimento

Item	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
À medida que envelheço, vou ganhando sabedoria	0	1	2	12	1
À medida que envelheço, continuo crescendo como pessoa	0	1	0	12	3
À medida que envelheço, aprecio mais as coisas	0	1	1	9	5
Fico deprimido(a) quando penso sobre como o envelhecimento pode afetar as coisas que eu consigo fazer	3	4	2	6	1

Fonte: Própria (2020).

Os dados da tabela 02, revela que a autopercepção do idoso em relação aos efeitos do envelhecimento é positiva, já que que a grande maioria concorda ou concorda plenamente que à medida que envelhecem ganham sabedoria, continuam crescendo como pessoa e apreciam mais as coisas.

Constata-se que dos 16 idosos, 13 têm uma percepção positiva do envelhecimento, embora parte deles – 06 idosos – tenham destacado o humor deprimido quando pensa sobre como o envelhecimento pode afetar as coisas que conseguem fazer.

Percebe-se que o que deprime os idosos não é a idade e a condição atual em que se encontram, mas a perspectiva de envelhecimento futuro e que poderia limitar a sua mobilidade e atividades diárias.

Envelhecer é uma consequência natural de todo aquele que se nasce com vida e inevitavelmente atingirá a todos, o fará de forma diferente a cada um, posto que se trata de uma situação individual, personalíssima e que decorre de inúmeros fatos subjetivos que excedem a seara da mera cronologia (BALTES ,1987, apud PAPALIA; FELMADMAN, 2013).

Em um estudo realizado por SCHIMIDT E SILVA (2012), foi demonstrado que existem diversas atribuições a velhice, sendo que para alguns é tida como algo natural, para outros como algo que agride o organismo, ou seja, como um processo em que poderão ocorrer perdas e desgastes físicos, bem como também desgastes psicológicos. O envelhecimento não deve ser visto como um processo no qual haverá perdas e incapacidades, mas como um processo em que s idosos passam a ver a vida de outra forma, com mais sensatez e mais tranquilidade, sem o estresse que a juventude pode causar nos pensamentos, mas uma fase da vida saudável e ativa.

Tabela 03: Responsabilidade pessoal pela percepção do envelhecimento

Item	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
A qualidade dos meus relacionamentos com os outros na velhice depende de mim	0	1	1	11	3
A qualidade da minha vida social na velhice depende de mim	0	1	1	13	1

Fico deprimido (a) quando penso como o envelhecimento pode afetar minha vida social	1	6	2	6	1
A medida que vou envelhecendo, há muito que posso fazer para manter minha independência	0	1	4	9	2
Depende de mim o fato de envelhecer ter aspectos positivos	0	0	2	13	3

Fonte: Própria (2020).

A tabela 03, sugere que os idosos entrevistados percebem que a qualidade da sua vida social e dos seus relacionamentos e, em consequência, da plenitude de suas vidas dependem de si próprio.

Dos 16 entrevistados, 13 concordaram que a qualidade de vida social na velhice depende de si; 11 concordaram que a qualidade dos relacionamentos também depende de si; e ainda 13 concordam que a plenitude da vida e a percepção positiva do envelhecer depende apenas de aspectos pessoais; e ainda 9 concordaram que eles mesmos são responsáveis em manter a sua independência na velhice. Por outro lado, a pesquisa foi dividida, sem grande maioria sobre o sentimento de tristeza quando se pensa em como o envelhecimento pode afetar ou comprometer a sua vida social.

Constou-se assim que a maioria dos idosos entrevistados sentem-se e entendem a sua responsabilidade pessoal pela qualidade das relações sociais e de sua independência no envelhecimento, embora as dificuldades futuras do envelhecimento, especialmente no que concerne à vida social e à solidão os assustam. Detectou-se na pesquisa a importância da autonomia do idoso para a sua integridade emocional.

As idades das pessoas entrevistadas variavam entre 10 e 15 anos, o que não influenciou muito nas respostas, já que a maioria respondeu do mesmo modo, o que sugere que a idade não é motivo de depressão ou de dependência de cuidadores.

É mais fácil envelhecer quando não somos entediados nem tendenciosos, quando temos interesses por pessoas e projetos, quando temos o espírito aberto, flexível e maduro o bastante para nos submeter, quando necessário, as perdas imutáveis (VIORST, 2005).

A condição de isolamento social na velhice é outra questão a ser debatida, devido a sua capacidade de, inclusive ser a causa de diversos transtornos cognitivos, incluindo a depressão. É importante destacar o fato de que questões sociais que permeiam o envelhecimento são enraizadas pelas ideologias e valores de determinado contexto histórico e cultural. (FERREIRA et.al., 2012).

Tabela 04: Dificuldades (limitações) do envelhecimento

Item	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
Envelhecer limita as coisas que posso fazer	0	2	4	8	2
Envelhecer me torna menos independente	1	9	3	2	1
Envelhecer torna tudo mais difícil para mim	1	7	2	5	1

À medida que envelheço, posso participar cada vez menos atividades	2	5	0	9	0
À medida que envelheço já não lido tão bem com os problemas que surgem	2	5	1	7	1

Fonte: Própria (2020).

A tabela 04 se refere substancialmente às limitações decorrentes do envelhecimento e foi nela em que houve maior divergência e oscilação nos resultados.

Dos 16 entrevistados, 8 concordaram e 02 concordaram plenamente que envelhecer limita as coisas que podem ser feitas, porém 4 idosos não concordaram e nem discordaram da afirmação e 02 discordaram. A maioria, porém, discordou da afirmação de que a idade lhes torna menos independentes e concordou que o envelhecimento limita a participação em atividades. O resultado foi dividido com 02 idosos discordando totalmente, 05 discordando, 07 concordando, 01 concordando plenamente de que a medida que se envelhece não se lida mais tão bem com os problemas que surgem.

Assim, da análise dos dados da tabela 04, é possível constatar que, embora haja oscilação nas respostas, que a maioria entende que o envelhecimento, de fato, limita as atividades diárias, porém, não os torna menos independentes.

O corpo é como uma máquina, a qual precisa ser movimentada regularmente para manter todas as suas funções, se esses movimentos forem limitados as atividades diárias como caminhar, sentar, levantar, brincar com os netos, a nossa máquina irá ficar praticamente parada, fazendo com que os músculos atrofiem. Assim, percebe-se a importância da prática de uma atividade física regular e orientada, fortalecendo assim nossos músculos, articulações, ossos, além de aumentar a capacidade respiratória, a resistência física e facilitar a circulação sanguínea, tudo isso fazendo com que a fadiga demore mais tempo para ocorrer (GEIS, 2003).

Todavia, embora a força e a coordenação possam declinar, muitas pessoas de meia-idade consideram que sua melhor capacidade de usar estratégias adquiridas pela experiência, compensam as mudanças em suas capacidades físicas (GEIS, 2003).

Tabela 05: Autopercepção da mobilidade no envelhecimento

Item	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
A diminuição do ritmo de vida com a idade não é algo que eu possa controlar	1	2	3	8	2
A minha mobilidade ao envelhecer não depende de mim	1	3	2	9	0
Não tenho controle sobre a perda de vitalidade ou de entusiasmo pela vida à medida que vou envelhecendo	2	5	4	4	1
Não tenho controle sobre os efeitos que o envelhecimento exerce sobre minha vida social	2	8	0	5	1
Fico deprimido (a) quando penso em envelhecer	5	8	1	2	0

Eu me preocupo com os efeitos que o envelhecimento pode ter sobre os meus relacionamentos com os outros	4	4	1	7	0
---	---	---	---	---	---

Fonte: Própria (2020).

Os dados coletados na tabela 05, demonstram que a maioria dos idosos entrevistados concordam que a diminuição do ritmo de vida com a idade, bem como a sua mobilidade são fatores que excedem o seu controle pessoal. Porém, a mesma maioria discorda da afirmação de que não tem controle sobre os efeitos do envelhecimento sobre a sua vida social.

As informações obtidas na tabela 05, sugerem que os idosos entrevistados entendem que a mobilidade física e diminuição do ritmo de vida não dependem de si e de aspectos por eles controlados, embora a qualidade e frequência de vida social, entusiasmo e vitalidade seja de seu controle. Assim, percebeu-se que os idosos entendem que os aspectos meramente físicos e biológicos, como mobilidade e doenças, não estão sob o seu controle, porém, os aspectos sociais, psicológicos e mesmo a autopercepção positiva do envelhecimento dependem de si

Constatou-se ainda que o idoso tem medo do futuro, ou seja, das consequências negativas que a idade ainda poderá lhe trazer, porém, não percebe negativamente a atual condição decorrente de sua idade.

A Tabela 05 mostra que a consciência do envelhecimento para os idosos não é motivo de depressão, mas os limita para a mobilidade e à realização das atividades executadas anteriormente.

Uma das principais causas de acidentes e de incapacidade na terceira idade é a queda que geralmente acontece por anormalidades do equilíbrio, fraqueza muscular, desordens visuais, anormalidades do passo, doenças cardiovasculares, alteração cognitiva e consumo de alguns alimentos. O exercício contribui na prevenção das quedas através de diferentes mecanismos: fortalecer os músculos das pernas e costas; melhorar os reflexos; melhorar a sinergia motora das reações posturais; melhorar a velocidade de andar; incrementar a flexibilidade; mantém o peso corporal; melhorar a mobilidade e diminui o risco de doença cardiovascular (BRASIL, 2006). Conforme afirma PORTO (2008), busca-se através de programas de atividades físicas uma diminuição de stress, inibir o sedentarismo e principalmente manter a capacidade funcional do idoso, fazendo assim com que eles se sintam úteis, realizando suas atividades diárias.

Tabela 06: As fases de autopercepção do envelhecimento

Item	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
------	---------------------	----------	---------------------------	----------	---------------------

Minha experiência com o envelhecimento é cíclica: às vezes piora e as vezes melhora	4	2	4	6	1
Minha consciência de estar envelhecendo vai e volta em ciclos	4	6	1	5	0
Fico bravo (a) quando penso em envelhecer	6	8	0	2	0
Passo fases em que me sinto velho (a)	5	3	1	6	1
Minha consciência de estar envelhecendo muda muito de um dia para o outro	7	7	1	1	0
Passo por fases em que me vejo como velho (a)	4	5	1	3	3

Fonte: Própria (2020).

A tabela 06, se refere ao sentimento pessoal do idoso sobre o envelhecimento e da sua análise pode-se constatar que a maioria, com 14 dos 16 entrevistados discorda ou discorda totalmente da afirmação de que fica bravo quando pensa em envelhecer. Ou seja, envelhecimento não é motivo de ira ou revolta para os idosos.

Do mesmo modo, 14 dos 16 idosos entrevistados revela não ter oscilação sobre a consciência do envelhecimento de um dia para o outro e 10 discordam ou discordam totalmente da alegação de que a consciência sobre o envelhecimento é cíclica.

A análise desta tabela 06, revela que os idosos entrevistados têm plena consciência do envelhecimento e da sua idade e que essa situação não os deixa bravos e, embora tenham ciência de algumas limitações, a maioria físicas/saúde e de mobilidade, os idosos têm uma autopercepção positiva do envelhecimento, temendo, em sua maioria, os efeitos que o envelhecimento ainda pode lhes trazer, no futuro. Porém, nos tempos atuais os idosos entrevistados demonstraram uma relação saudável e positiva com o seu envelhecimento.

O ser humano apresenta uma série de mudanças psicológicas com o envelhecimento, as quais resultam da dificuldade de adaptações a novos papéis sociais, falta de motivações, baixa estima, autoimagem baixa, dificuldades de mudanças rápidas, perdas orgânicas e afetivas, suicídios, somatizações, paranoias hipocondrias, depressão (ZIMERMAN,2000)

A vida afetiva é a dimensão psíquica que dá cor a todas as vivências humanas. Sem a afetividade a vida se torna vazia, sem sabor. A afetividade é um genérico, que compreende várias modalidades de vivências afetivas, como o humor, as emoções e os sentimentos (LOPEZ, 1974, apud DALGALARRONDO, 2008).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipótese inicialmente proposta e colocada a reflexão nessa pesquisa era de que o idoso possuía uma autopercepção negativa acerca do envelhecimento e da sua idade atual, o que por certo, contribuía para manifestação de sintomas de depressão e isolamento social.

No entanto, os resultados obtidos durante a investigação não confirmaram a hipótese inicial e, ao contrário disso, demonstraram que os idosos estudados têm uma percepção positiva da idade, não se percebendo negativamente como “velhos”.

O estudo proposto desconstruiu a imagem de idoso “deprimido”, revoltado ou insatisfeito com a idade, e demonstrou que os indivíduos entrevistados compreendem, de forma, positiva o processo de envelhecimento, temendo ao máximo, as dificuldades que a velhice ainda poderá lhe ocasionar.

Sendo assim, a hipótese da pesquisa não foi confirmada para os aspectos negativos do envelhecimento, pois os resultados obtidos com o questionário demonstraram que à medida que o indivíduo envelhece passa a apreciar a sabedoria adquirida, aproveitar os pequenos eventos cotidianos da vida e, mais que isso, tem consciência de que a sua qualidade de vida social e emocional depende exclusivamente de si.

Destaca-se que, dentre os idosos que emitiram opinião sobre o processo de envelhecimento, a grande maioria exibiu um viés de positividade admirável e de certa maneira

surpreenderam com a serenidade e leveza com que encaram o envelhecimento, ou seja, demonstraram que a qualidade daquilo que foi vivenciado na juventude não se modificou com a velhice, ao contrário disso, somente foi aperfeiçoado através do conhecimento técnico e empírico adquirido no decorrer da vida.

O aspecto negativo identificado através do questionário foi o temor com o futuro, ou seja, os idosos entrevistados não se percebem ou não sentem atualmente, os efeitos negativos do envelhecimento, porém temem aquilo que ainda há por vir. Talvez o medo do desconhecido, seja um dos entraves a completa satisfação do idoso.

Percebeu-se, ainda, que a imagem inicialmente sugerida de idoso deprimido e com percepções negativas do envelhecimento foi desmistificada no presente trabalho, ao que parece, porque os indivíduos entrevistados participam de projetos sociais e estão integrados na sociedade, seja através de estudos, faculdade do idoso e demais atividades que os mantém ativos e inseridos no meio social. São pessoas sociais, produtivas, ativas e que se sentem vivas.

Conclui-se que a percepção positiva sobre o envelhecimento tem estreita ligação com o nível de atividade, interação e socialização do indivíduo, o qual, constantemente ativo, não se sente marginalizado e excluído da sociedade. Assim, quanto melhor a saúde de um indivíduo idoso percebida por ele mesmo, melhor sua autopercepção de envelhecimento. Deste modo, o resultado da pesquisa do questionário APQ, sobre a autopercepção de envelhecimento demonstrou os benefícios de projetos acadêmicos para os idosos, porque resulta na estimulação da não aceitação a decadência física e psíquica.

Espera-se, portanto, que esse trabalho possa contribuir para o resgate de novos olhares acerca da autopercepção do idoso, tendo concluído que a positividade influencia sobremaneira na saúde e integridade física e psíquica do idoso, especialmente que esta positividade decorre da inserção e manutenção da vida social do indivíduo, sugere-se a realização de oficinas, oferta de cursos, faculdades e demais atividades educativas, culturais e sociais aos idosos, o que por certo lhes trará imensos benefícios, inclusive aumento da qualidade e expectativa de vida.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, É. Por dentro da terapia. **Rev. Leitura & Conhecimento** (Especial), v. 2, n. 3, 2019.
- ALFORD, B. A.; BECK, A. T. **O poder integrador da terapia cognitiva**. New York: Guilford Press, 1997.
- ALMEIDA, O. P. **Aspectos gerais de psiquiatria em idosos**. In: ALMEIDA, O. P.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R. Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1997. p. 236-249.
- ANTONIO, R.; MORENO, R. A.; ROSO, M. C. **Transtorno Depressivo**. In: Abreu, C. N. *et al.* Síndromes Psiquiátricas: diagnóstico e entrevista para profissionais de saúde mental. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 39-45.
- APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948 p.
- BAPTISTA, A.; CARVALHO, M.; LORY, F. O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*, Lisboa, v. 19, n. 1-2, p. 267-277, 2005. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087420492005000100013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 jul. 2020.
- BAPTISTA, M. N.; CAMPOS, D. C. **Metodologias de Pesquisa em Ciências: análises quantitativa e qualitativa**. Rio de Janeiro: LTC, 2007.
- BARKER, M. *et al.* Validação transversal do Questionário de Percepção do Envelhecimento: um instrumento multidimensional para avaliar a autopercepção do envelhecimento. **BMC Geriatrics**, v. 7, n. 9, 2007. Disponível em: <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-7-9>. Acesso em: 10 jul. 2020.
- BASSON, R. Desejo sexual e distúrbios de excitação em mulheres. **O novo jornal inglês de medicina**, v. 354, n. 14, p. 1497-1506, maio 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/7181824_Sexual_Desire_and_Arousal_Disorders_in_Women. Acesso em: 21 maio 2020.
- BEAUVOIR, S. **A Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BECK, A. T. **Terapia cognitiva e distúrbios emocionais**. Boston: International University Press, 1976.
- BECK, J. S. **Terapia Cognitiva: Teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- BECK, J. S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 413 p.
- BORGES, L. J. *et al.* Fatores associados a sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 701-710, ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102013000400701&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 de jul. 2020.
- BOURDIEU, P. **Esboço de uma teoria da Prática**. Oeiras: Celta, 2002.
- BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.

- BRASIL. **Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996.** (Revogado pelo Decreto nº 9.921, de 2019) (Vigência).
- BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção.** 2020. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao>. Acesso em: 10 jun. 2020.
- BRUCKI, S. **Envelhecimento e Memória.** In: ANDRADE, V.; SANTOS, F.; BUENO, O. (Eds.) *Neuropsicologia Hoje*. São Paulo: Editora Artes Médicas, 2004. p. 389-402.
- CAMARANO, A. A. *et al.* Caminhos para a vida adulta: as multiplas trajetórias dos jovens brasileiro. **Última década.**, Santiago, v. 12, n. 21, p. 11-50, dez. 2004. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071822362004000200002&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 07 abr. 2020.
- CASTILLO, A. R. G. L. *et al.* Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 20-23, dez. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462000000600006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 de jun. 2020
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica.** São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- CHAN, M. **Prefácio do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.** Organização Mundial da Saúde: OMS, 2015. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/relatorio-mundial-de-envelhecimento-e-saude/>. Acesso em: 01 jun. 2020.
- CLARK, D. A.; BECK, A. T. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: ciência e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2012. 640 p.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DICIONÁRIO MICHAELIS. **Michaelis: moderno dicionário da língua portuguesa.** São Paulo: Companhia Melhoramentos, 2017. 2259 p.
- FALCÃO, D. V. S.; ARAÚJO, L. F (orgs.). **Psicologia do Envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados.** 2. ed. Campinas: Editora Alínea, 2011.
- FALLER, J.W.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S. A velhice na percepção de idosos de diferentes nacionalidades. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 128-137, mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100128&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2020.
- FEDERMAN, D. D. A biologia das diferenças sexuais humanas. **The New England Journal of Medicine**, v. 354, p. 1507-1514, 2006. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra052529>. Acesso em: 05 abr. 2020.
- FERNANDES, L. F. *et al.* Prevenção universal de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão sistemática. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 83-99, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872014000300007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2020.
- FERRARI, E. A. M. *et al.* Plasticidade neural: relações com o comportamento e abordagens experimentais. **Psic. : Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 187-194, ago. 2001. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722001000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jul. 2020.

FERREIRA, O. G. L. *et al.* Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, set. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jun. 2020.

FONSECA, A. M. **Desenvolvimento humano e envelhecimento**. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

FONTAINE, R. **Psicologia do Envelhecimento**. São Paulo: Ed. Loyola, 2010.

FORTES-BURGOS, A. C. G.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, auto-eficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 21, n. 1 p. 74-82, 2008.

FREITAS, E. R; BARBOSA, A. J. G; NEUFELD, C. B. **Terapias cognitivo-comportamentais com idosos**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2016. 448 p.

GALLAHUE, D.; OZMUN, J. C. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. 3. ed. São Paulo: Phorte, 2005.

GEIS, P. P. **Atividade Física e Saúde na Terceira Idade: teoria e prática**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. F. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GONÇALVES, R. F. M. **Avaliação do abuso do idoso em contexto institucional: Lares e Centros de Dia**. 2010. 125 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Legal) - Instituto de Ciências Médicas Abel Salazar, Universidade de Porto, 2010. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/e732/e71d2ca9882344f4191e1b047c364cdbaa6b.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2020.

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 61-78, abr. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702002000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jul. 2020.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa de terapia cognitiva. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, supl. 2, p. s54-s64, out. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600002. Acesso em: 21 mar. 2020.

LEAHY, R. L. **Técnicas de Terapia Cognitiva: Manual do Terapeuta**. Porto Alegre: Artmed, 2006. 336 p.

LE BRETON, D. **Antropologia do corpo e modernidade**. Petrópolis: Vozes, 2011.

MACHADO, J. C. *et al.* Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 109-121, mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232011000100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2020.

MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz: rev. educ. fis. (online)**, Rio Claro, v. 16, n. 4, p. 1024-1032, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198065742010000400023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 fev. 2020.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

MARGIS, R. *et al.* Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 25, supl. 1, p. 65-74, abr. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010181082003000400008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2020.

MARTA, I. E. R. *et al.* Efetividade do Toque Terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: ensaio clínico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1100-1106, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342010000400035&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2020.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 7, n. 1, p. 2-13, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151786922001000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2020.

MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2007.

MELO, R. L. P. *et al.* O efeito do estresse na qualidade de vida de idosos: o papel moderador do sentido de vida. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 222-230, 2013.

MENDES, M. R. S. S. B. *et al.* A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 422-426, dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002005000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2020.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, jun. 2016. Acesso em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232016000300507&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 abr. 2020.

MONEDERO, C. **Psicopatologia General**. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.

MOURA, B. **Reportagem quando nada faz sentido**. Revista Psicologia da prática. Ed. Alto Astral, p. 18-19, 2019.

NEGRINE, A. **A coordenação psicomotora e suas implicações**. Porto Alegre: Pallotti, 1987.

NERI, A. L.; FORTES, A. C. G. **A dinâmica do estresse e enfrentamento na velhice e sua expressão no prestar cuidados a idosos no contexto da família**. In: FREITAS, E. V. *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1277-1288.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento Ativo**. Uma estrutura política: uma contribuição da Organização Mundial da Saúde para a Segunda Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento. Madri: OMS, 2002.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: OPAS, 2005. 60 p.

OTTO, E. **Exercícios físicos para a terceira idade**. São Paulo: Manole, 2000.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

- PAÚL, M. C.; FONSECA, A. A saúde e qualidade de vida dos idosos. **Psicologia, Educação e Cultura**, v. 3, p. 345-362, 1999.
- PELLEGRINI, A. N. *et al.* **Desenvolvendo a coordenação motora no ensino fundamental**. São Paulo: UNESP, 2005.
- PINHEIRO, J. D. **O Direito da Família Contemporânea: Lições**. 3. ed. Lisboa: AAFDL, 2011.
- PORTO, J. C. **Longevidade: atividade física e envelhecimento**. Maceió: Edufal, 2008.
- RAMOS, L. R. *et al.* Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 87-94, abr. 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v27n2/03.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2020.
- RAMOS, L. M. B. C *et al.* Tradução e adaptação cultural do APQ - Questionário sobre percepções do envelhecimento para a língua portuguesa. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 233-242, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232012000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 jun. 2020.
- RIBEIRO, F.C.; GUERREIRO, M. G. Envelhecimento e declínio cognitivo ligeiro. **Psicologia**, Lisboa, v. 16, n. 1, p. 59-77, jan. 2002. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087420492002000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 jul. 2020.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Editora Atlas, 1999.
- ROCHA; L. M. B. C. R. M. **Tradução e adaptação cultural do Aging Perceptions Questionnaire (APQ) para a Língua Portuguesa Brasileira**. 2010. 116 f. Dissertação (Mestrado Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUCRS, Porto Alegre, 2010.
- ROQUE, C. **A psicologia pensando o envelhecimento**. 2017. 52 f. Monografia (Graduação em Psicologia) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Unijuí, Santa Rosa, 2017.
- ROSEN, H. **O paradigma construtivista-desenvolvimento**. *In:* DORFMAN, R. A. (ed.), **Paradigmas do trabalho social clínico**. Nova York: Brunner Mazel, 1988.
- SALLES, M. M. F. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 33-41, mar. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 mai. 2020.
- SCHIMIDT, T. C. G.; SILVA, M. J. P. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 612-617, jun. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun. 2020.
- SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2008000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 abr. 2020.
- SILVA, A. J. H. **Metodologia de Pesquisa: Conceitos Gerais**. Unicentro Paraná. Guarapuava: Gráfica Unicentro, 2014.
- SILVA, G. A. S. **Análise da coordenação ampla (grossa) em crianças de 7 a 10 anos**. 1989. 100 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.
- SILVA, L. F. **Reportagem quando nada faz sentido**. Revista Psicologia da prática, Ed. Alto Astral, 2019.

- SOUZA, L. R. *et al.* Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 140-149, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2015000200140&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 abr. 2020.
- SOUZA, L. K.; HUTZ, C. S. Relacionamentos pessoais e sociais: amizade em adultos. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 257-265, jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722008000200008&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 21 abr. 2020.
- SPAR, E. J.; LA RUE, A. **Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica**. Lisboa: Climepsi, 2005.
- TAVARES, J. **A resiliência na sociedade emergente**. In: TAVARES, J. Resiliência e educação. São Paulo: Ed. Cortez, 2001.
- TEIXEIRA, M. H. **Aspectos psicológicos da velhice**. In: SALDANHA, A.L.; CALDAS, C.P. Saúde do Idoso: a arte de cuidar. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 309-315.
- TISSER, L.; COIMBRA, N. **Psicopatologia do adulto e do envelhecimento: atualização e prática clínica**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019.
- VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005
- VIORST, J. **Perdas Necessárias**. 4. ed. São Paulo: Melhoramentos, 2005. 336 p.
- VU, T. Escolhas **de estilo de vida não saudáveis na terceira idade e qualidade de vida subsequente relacionada à saúde**. The Chicago Heart Association Detection Project: Circulation, 2009.
- WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed, 2008. 224 p.
- ZIMERMAN, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ANEXO

QUESTIONÁRIO SOBRE PERCEPÇÕES DE ENVELHECIMENTO (APQ)

As questões abaixo avaliam suas opiniões e experiências sobre o processo de envelhecimento. Como todos estão envelhecendo, estas questões podem ser respondidas por qualquer pessoa de qualquer idade. Não existem respostas certas ou erradas, apenas suas experiências e opiniões. Mesmo que a questão seja sobre um assunto que você não pense com frequência em relação a si mesmo, favor tentar dar uma ideia do que pensa, respondendo a todas as perguntas.

A) OPINIÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO					
Estamos interessados nas suas opiniões e experiências pessoais sobre o processo de envelhecimento. Indique suas opiniões sobre as afirmações seguintes (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo ou concordo plenamente). Circule a resposta que melhor descreve sua opinião sobre cada afirmação.					
	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo Plenamente
1. Tenho consciência de estar envelhecendo o tempo todo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Estou sempre consciente da minha idade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Sempre me classifico como velho/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Estou sempre consciente do fato de que estou envelhecendo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Sinto minha idade em tudo que faço	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. À medida que envelheço, vou ganhando sabedoria	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. À medida que envelheço, continuo crescendo como pessoa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. À medida que envelheço, aprecio mais as coisas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Fico deprimido/a quando penso sobre como o envelhecimento pode afetar as coisas que eu consigo fazer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. A qualidade da minha vida social na velhice depende de mim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. A qualidade de meus relacionamentos com os outros na velhice depende de mim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Se eu vou continuar vivendo a vida plenamente é algo que depende de mim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Fico deprimido/a quando penso como o envelhecimento pode afetar minha vida social	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. À medida que vou envelhecendo, há muito que posso fazer para manter minha independência	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Depende de mim o fato de envelhecer ter aspectos positivos.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Envelhecer limita as coisas que posso fazer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Envelhecer me torna menos independente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Envelhecer torna tudo muito mais difícil para mim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. À medida que envelheço, posso participar de cada vez menos atividades	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. À medida que envelheço, já não lido tão bem com os problemas que surgem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. A diminuição do ritmo de vida com a idade não é algo que eu possa controlar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. A minha mobilidade ao envelhecer não depende de mim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. Não tenho controle sobre a perda de vitalidade ou de entusiasmo pela vida à medida que vou envelhecendo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. Não tenho controle sobre os efeitos que o envelhecimento exerce sobre minha vida social	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

25. Fico deprimido/a quando penso em envelhecer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. Eu me preocupo com os efeitos que o envelhecimento pode ter sobre meus relacionamentos com os outros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27. Minha experiência com o envelhecimento é cíclica: às vezes piora e às vezes melhora.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28. Minha consciência de estar envelhecendo vai e volta em ciclos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
29. Fico brabo/a quando penso em envelhecer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30. Passo por fases em que me sinto velho/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
31. Minha consciência de estar envelhecendo muda muito de um dia para outro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
32. Passo por fases em que me vejo como velho/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5