

MÁRCIA CRISTINA BORTOLETO ROTTA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE, DOENÇA,
VELHO E VELHICE PARA IDOSOS ATENDIDOS
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2009**

MÁRCIA CRISTINA BORTOLETO ROTTA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE, DOENÇA,
VELHO E VELHICE PARA IDOSOS ATENDIDOS
EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação da Profa. Dra. Elizabeth Lapa Coêlho.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2009**

Ficha Catalográfica

Rotta, Márcia Cristina Bortoleto

R851r Representações sociais de saúde, doença, velho e velhice para idosos atendidos em uma unidade básica de saúde / Márcia Cristina Bortoleto Rotta; orientação Angela Elizabeth Lapa Coêlho. 2009.

107 f. + anexos

Dissertação(Mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande, 2009

1. Representações sociais - Idosos 2. Idosos – Assistência médica
3. Idosos – Atividades físicas I. Coelho, Angela Elizabeth Lapa
II. Título

CDD – 618.97

Bibliotecária responsável: Clélia T. Nakahata Bezerra CRB 1/757.

A dissertação apresentada por MÁRCIA CRISTINA BORTOLETO ROTTA, intitulada “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE, DOENÇA, VELHO E VELHICE PARA IDOSOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Angela Elizabeth Lapa Coêlho
(Orientadora/UCDB)

Prof^o Dr. Sebastião Benício da Costa Neto (UCG)

Prof^a Dr^a Anita Guazzelli Bernardes (UCDB)

Prof^o Dr. Marcio Luis Costa (UCDB)

Campo Grande-MS, 16 de Dezembro de 2009.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado primeiramente à **Deus e à Nossa Senhora do Pérpetuo Socorro** que me deram força nos momentos de desânimo.

Ao meu esposo amado **Leonardo Ribas dos Santos Rotta** pelo amor e apoio;

À minha família, meus pais e irmãos, em especial aos meus pais **Antonio Rotta e Julia Conceição Bortoleto Rotta** por toda compreensão, apoio, educação e pelo constante incentivo aos estudos;

Aos meus avós pela inspiração de realizar o trabalho e todo amor dedicado.

A minha querida Orientadora **Profª Drª Angela Elizabeth Lapa Coêlho**, por toda paciência, compreensão e ensinamentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus e à Nossa Senhora do Pérpetuo Socorro que me deram a esperança, a força e me guiaram nesta caminhada;

Também agradeço aos meus pais Antonio Rotta e Julia Conceição Bortoleto Rotta que me deram a vida e sempre estiveram e estão ao meu lado. À minha Mãe pessoa maravilhosa, que é minha amiga, meu apoio e me ensinou a rezar. Aos meus irmãos Márcio e Juliano, que juntos na nossa infância e adolescência passamos os melhores momentos. Aos meus avós, em especial minha avó Lurde que hoje é um anjo que me acompanha e intercede por mim e se fez presente em alguns momentos do meu trabalho.

Agradeço em especial ao meu esposo Leonardo Ribas dos Santos Rotta que tanto amo, por todo respeito, dedicação, apoio e amor que ele demonstra por mim desde que estamos juntos, especialmente nesta fase em que abdiquei de momentos juntos para realizar um sonho e ele soube entender e estar ao meu lado;

Estendo os meus agradecimentos à querida Orientadora Prof^a Dr^a Angela Elizabeth Lapa Coêlho que com seu jeito sábio e carinhoso me trouxe de volta nesta caminhada.

Aos meus colegas, amigos, amigas que estiveram ao meu lado e torceram pela concretização deste trabalho, em especial à Adaís Alves que transcreveu as entrevistas e sempre deixava uma palavra de apoio.

À Professora Msc. Norma Rejane Santos Ribas a maior incentivadora do meu trabalho desde os tempos da minha graduação e que o destino fez com que hoje nos tornássemos da mesma família, não tenho palavras para agradecer.

Agradeço também a UCDB pela bolsa-auxílio e por acreditar no meu trabalho, assim como aos meus alunos com quem passo mais tempo do que com minha família, que me dão a oportunidade de estar todos os dias fazendo o que eu adoro, que é a docência.

Meus agradecimentos à todas as pessoas que participaram do meu estudo,

assim como a equipe da UBSF São Benedito e o Grupo de Idosos que me recebeu maravilhosamente bem e tornou os momentos das entrevistas muito agradáveis e de grande aprendizado.

Estendo ainda meus agradecimentos aos Professores membros da banca Dr, Sebastião Benício da Costa Neto, Dr^a Anita Guazzelli Bernardes e Dr. Márcio Luis Costa por aceitarem fazer parte deste processo contribuindo com a minha formação.

"Se você pensa que pode ou se você pensa que não pode, de qualquer forma, você tem toda a razão."

Henry Ford (1863 – 1947)

RESUMO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a população de idosos no Brasil vai saltar de 7% para 14% até 2025, tornando o país o sexto no mundo em número de pessoas acima de 60 anos. Atreladas a isso vêm às preocupações de como lidar com esse fenômeno, seja no âmbito das políticas públicas sociais, educacionais e da saúde, tornando cada vez mais necessário estudar mecanismos que ajudem essa crescente população a ter uma vida digna e de qualidade. A velhice ainda é vista por muitos profissionais, pesquisadores e pela sociedade, na sua maioria, com preconceito, pois ainda é considerada como uma etapa que é caracterizada por perdas, sendo confundida com doença. Esta pesquisa teve como objetivo a identificação da representação social da saúde, doença, velho e velhice para pessoas acima de 60 anos, que fazem parte de um grupo de atividade física e outras que não fazem parte deste grupo, identificar suas características sócio-demográficas; conhecer sua relação com a imagem corporal e verificar o nível de autonomia dos participantes. Este estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde da Família São Benedito em Campo Grande-MS, e participaram vinte idosos que são atendidos pela Unidade e que desejaram fazer parte da pesquisa. Os participantes responderam a uma entrevista estruturada, que incluiu dados sócio-demográficos, questões relacionadas à representação social de saúde e doença, velho, velhice e atividade física; responderam também questões sobre autonomia funcional e realizaram um teste de satisfação corporal. A análise dos dados foi qualitativa, tendo como base a teoria das representações sociais. Com este estudo, verificou-se que a maioria dos participantes da pesquisa eram do sexo feminino, a média de idade de 69,4 anos, com instrução escolar em ensino fundamental incompleto, com renda proveniente de aposentadoria ou pensão, com valor médio de um salário. O problema de saúde que mais afeta o grupo é a hipertensão arterial e a dor nas costas. Identificamos que a maioria dos participantes não apresentam comprometimento funcional ou têm um comprometimento funcional leve. Com relação à satisfação com a imagem corporal, tanto os participantes do grupo que faz parte da atividade física quanto para o que não fazem, encontram-se insatisfeitos, havendo diferença entre os sexos, os homens na maioria são satisfeitos com a imagem que possuem, independente do grupo. As representações sociais de saúde, doença, velho e velhice não foram diferentes entre os grupos. Os participantes relacionaram saúde à aspectos subjetivos e a representação social de doença entendida como algo que provoca sensações físicas. O termo velho foi entendido como algo que não existe, ou um termo pejorativo e a velhice como uma situação de incapacidade, quando não se agüenta mais fazer as mesmas coisas. Os participantes que fazem parte do grupo de atividade física reconhecem os exercícios físicos como um comportamento preventivo e auxiliar na promoção de saúde, reforçando a importância da prática. Acredita-se que este estudo auxiliará na adesão, por parte dos pacientes da Unidade Básica de Saúde, quanto nas futuras intervenções relacionadas à promoção de saúde e prevenção de doenças.

Palavras-chave: Representações Sociais. Saúde. Doença. Velho. Velhice. Atividade Física.

ABSTRACT

According to World Health Organization (WHO), the population of elders in Brazil will raise from 7% to 14% until 2025, making the country the sixth in the world in numbers of people over 60 years. Linked to that are concerns on how to deal with this phenomenon, whether under public social policies, education and health, making it more necessary to study the mechanisms that help this growing population to have a dignified and quality life. The old age is still seen by many professionals, researchers and by the society, in its majority, with a preconception, because it is still considered a stage which is characterized by loss, being confused with disease. This study aimed to identify the social representation of health, illness, old age and for people over 60 who are part of a group of physical activity and others that are not part of this group to identify their socio-demographic characteristics; knowing your relation to body image and verifying the level of autonomy that the members have. This study was performed in Basic Unit of Health of the Family São Benedito in Campo Grande-MS, and participated twenty elders who are assisted by the center and wanted to be part of the research. The participants answered to a structured interview, which were included socio demographics datas, questions related to social representation of health and illness, elderly and physical activity; they also answered questions about functional autonomy and performed a test of body satisfaction. Data analysis was qualitative, based on the theory of social representation. With this study, was verified that mostly of the participants were female, the average was 69,4 years of age, with education in primary school, with the income coming from the retirement or pension and its average was of one salary. The health problem that most affect the group is the arterial hypertension and the back pain. We identified that mostly of the participants do not have functional impairment or have a mild functional problem. In relation to satisfaction of body image, either for the group who belongs to the physical activity or to the other that doesn't, are unsatisfied, there being difference between genders, the men in its majority are satisfied with the image they have, independent of the group. The social representation of health, illness, elder and old age was not different between the groups. The participants related health as being a lack of diseases and prognostics and the social representation of disease known as something that cause physical sensations, like pains, or emotional like sadness and suffering. The term elder is understood like a pejorative term related to an unable person and the old age like a situation of disability and sickness. The participants which are part of the physical activity group revealed are conscious about physical exercises being as a preventive behaviour and it is an auxiliary in health treatment, reinforcing the importance of practicing. It is believed that this study will assist the membership and for the patients in the Basic Health Unit, and in future interventions related to health promotion and illness prevention.

Key-words: Social Representations. Health. Illness. Elder. Old Age. Physical Activity.

LISTA DE SIGLAS

AVDs	– Atividades da Vida Diária
ABVDs	– Atividades Básicas da Vida Diária
AIVDs	– Atividades Instrumentais da Vida Diária
ACSM	– <i>American College of Sports and Medicine</i>
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
CCI	– Centro de Convivência de Idosos
CONEP	– Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
OMS	– Organização Mundial de Saúde
PNI	– Política Nacional do Idoso
RS	– Representações Sociais
SAS	– Secretaria de Assistência Social
SUS	– Sistema Único de Saúde
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UBSF	– Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS E QUADRO

Tabela 1 – Perfil sócio-demográfico dos participantes da pesquisa	60
Tabela 2 – O que é saúde para você?	62
Tabela 3 – O que é doença para você?	67
Tabela 4 – O que é ser velho para você?.....	72
Tabela 5 – O que é para o senhor (a) a velhice?	76
Tabela 6 – Preferência na denominação do grupo.....	80
Tabela 7 – Como o velho é tratado no Brasil?	82
Tabela 8 – Quais os problemas de saúde que o senhor (a) tem?	86
Tabela 9 – Cuidados em relação aos problemas de saúde.....	87
Tabela 10 – Dados do comprometimento funcional dos participantes	89
Quadro 1 – Distribuição da frequencia em relação a escolha da SA e SI	91

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	CONSIDERAÇÕES SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	19
2.2	O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA.....	22
2.3	CONSTRUÇÃO DO ENVELHECIMENTO PELA CIÊNCIA	28
2.3.1	ASPECTOS FÍSICOS DO ENVELHECIMENTO.....	31
2.3.2	ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO.....	41
2.4	ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS	47
2.4.1	ENVELHECER E ATIVIDADE FÍSICA.....	48
3	OBJETIVOS	51
3.1	OBJETIVO GERAL	52
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	52
4	MÉTODO	53
4.1	LOCAL	54
4.2	PARTICIPANTES	55
4.3	INSTRUMENTOS	55
4.4	PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS	56
4.5	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE	57
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	59
5.1	PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES.....	60
5.2	IDENTIFICAÇÃO DOS RELATOS	62
5.2.1	REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE.....	63
5.2.2	REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE DOENÇA.....	68
5.3	REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO VELHO	72
5.4	REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA VELHICE.....	77
5.4.1	DENOMINAÇÃO DO GRUPO	80
5.5	PERCEPÇÕES DE COMO O VELHO É TRATADO NO BRASIL.....	83
5.6	CONSIDERAÇÕES SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS PARTICIPANTES	86
5.7	ABORDAGENS SOBRE O COMPROMETIMENTO FUNCIONAL	89
5.8	CONSIDERAÇÕES SOBRE A SATISFAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL.....	91

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICES	108
ANEXOS	114

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo universal, de modificações contínuas, no qual as pessoas convivem tanto com limites, quanto com potencialidades, refletido em uma complexa dinâmica de alterações físicas e comportamentais que se expressa em ganhos e perdas concorrentes (DIOGO; NERI; CACHIONI, 2004). Para Monteiro (2003), viver é envelhecer e envelhecer é viver e durante esse processo do viver passamos por constantes ciclos de renovação e é isso que nos propicia o envelhecer, quanto mais vivemos, mais velhos estaremos. Porém, a maioria das pessoas não aceita esse processo porque em nossa cultura cultua-se a juventude como sinônimo de beleza e vigor físico, o que deixa muitas vezes pessoas acima de 40 anos fora do mercado de trabalho, causando temor nessa etapa, seja pelo possível isolamento, pela perda de *status* na família e na sociedade ou pela perda de oportunidade de participação social.

Araújo (2001) destaca que os idosos que fazem parte de programas adequados de atividade física entendem de uma maneira mais positiva as transformações pelas quais passam nas esferas biológicas, psíquicas e sociais, com isso assumem uma postura de enfrentamento mais consciente, minimizando seus preconceitos existentes com relação ao envelhecimento, assumindo essa fase como natural em suas vidas. A atividade física é uma das maiores conquistas para a saúde pública na atualidade, com propósito de prevenir doença e promover saúde. O *American College of Sports and Medicine* – ACSM (2003) propõe que os objetivos para a prática de exercícios pelo idoso seja a manutenção da capacidade funcional, primando por uma vida mais independente, reduzindo o risco de doenças coronarianas, o retardar da progressão das doenças crônicas e a provisão de oportunidades para uma interação social.

Minha interação com os idosos teve início em meados da primeira graduação, que foi Educação Física, em 1995, quando trabalhava no Centro de Convivência dos Idosos (CCI), de Campo Grande, desenvolvendo atividades físicas para o grupo de idosos em diversos bairros da capital cadastrados pela Prefeitura de Campo Grande no programa do CCI. Fiquei por dois anos e após esse período, ingressei no Curso de Fisioterapia e realizei um projeto para atender os idosos do bairro Monte Castelo, que depois veio a se tornar um CCI independente intitulado Elias Lahdo. Nesse local, eram feitas atividades físicas, recreativas e atendimento fisioterápico para os que precisavam. Permaneci nesse projeto até o final da

graduação. A vontade de ingressar no Programa de Mestrado em Psicologia sempre existiu e cresceu ainda mais quando comecei a dar aulas na graduação do Curso de Educação Física, principalmente em relação à supervisão de estágios de atividade física para essa população, quando pude observar a incessante busca não só pela saúde mas também por cidadania. Essa atividade despertou em mim o interesse de conhecer os aspectos que transcendem os sinais e sintomas biológicos, oportunizando experimentar além de muitas vicissitudes, as inquietações quanto as representações sociais expressas por uma pessoa no processo de envelhecimento, assim como seu entendimento de saúde-doença nessa etapa da vida. Essa experiência como mestrandona irá enriquecer minha formação pessoal e profissional, pois este estudo inter-relaciona a Educação Física, a Fisioterapia, a docência no ensino superior e a Psicologia.

Conhecer as representações sociais do envelhecer para o idoso, o que buscam nessa fase da vida, como é ser velho no Brasil, suas concepções de saúde e doença, como vêem e entendem seus corpos, como os programas de atividade física interferem nesse processo, na sua autonomia, são indagações que vão oportunizar o (re) conhecimento do idoso e da velhice.

Sendo assim, nasceu a proposta de desenvolver esta pesquisa, com foco na Psicologia da Saúde, com idosos que fazem parte de um grupo de atividade física na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) São Benedito, como também os que não fazem parte do grupo, mas são atendidos pela Unidade no Programa e Saúde da Família (PSF), na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

Na fundamentação teórica, serão apresentadas abordagens sobre a teoria das representações sociais, assim como sua aplicabilidade em pesquisas, o processo saúde e doença, a construção do envelhecimento pela ciência, na qual apareceram algumas considerações sobre o envelhecimento no mundo e no Brasil trazendo a perspectiva do aumento dessa população; após as considerações sobre o envelhecimento e as políticas públicas, a atividade física e o corpo serão apresentados, trazendo os principais conceitos e autores a cerca do assunto.

No capítulo referente aos objetivos deste estudo estão contemplados os objetivos gerais e específicos. No capítulo que segue, está descrito o método, como

o local, os participantes, instrumentos, assim como os procedimentos e os aspectos éticos desta pesquisa.

O capítulo referente aos resultados e discussão contempla a apresentação dos dados sociodemográficos dos participantes deste trabalho, assim como a análise dos relatos obtidos através da entrevista estruturada. Por fim, foram apresentadas as considerações finais sobre o estudo realizado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para Teixeira, Schulze e Camargo (2002), os programas de saúde não devem ser elaborados apenas a partir das carências de saúde ou por meio da visão de especialistas e sim a partir da compreensão de saúde da população. O entendimento das representações sociais de saúde, doença, velho e velhice, para os idosos se faz necessário para que sejam produzidos programas de saúde que satisfaçam suas necessidades, pois as atitudes e hábitos de uma pessoa sobre saúde podem determinar seu estilo de vida.

Compreender a representação dos idosos acerca desses temas pode amparar os profissionais da educação física e da saúde, auxiliando os idosos na busca de um envelhecimento saudável trabalhando na promoção de saúde e na prevenção de doenças.

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

De acordo com Minayo (2000), as representações sociais são um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento. Nas ciências sociais, são definidas como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a.

As representações sociais são formas de conhecimentos produzidos socialmente, por um grupo de pessoas, para permitir a comunicação e o entendimento de determinados aspectos. Possibilitam também interpretar, questionar e atribuir sentido, proporcionando a intervenção na realidade, além de auxiliar na organização das relações sociais, das pessoas entre si e com a natureza (TEIXEIRA; SCHULZE ; CAMARGO, 2002).

De acordo com Laplantine (2001), as representações sociais não são domínio de um campo disciplinar específico, sendo utilizadas em várias especialidades das ciências humanas. Situam-se sempre na relação do individual e do social e em três campos distintos de investigação: o conhecimento, o valor e a ação. As representações sociais consistem em uma interpretação que se torna para aqueles que a adotam, a própria realidade.

Para Jodelet (1989), as representações sociais são fenômenos em ação no campo social, formadas por diversos elementos que expressam a realidade, para um determinado grupo.

[...] uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (JODELET, 1989 apud SÁ, 1993, p.31).

Duveen (2008) coloca que as representações sociais são sempre construtivas, constituem o mundo tal como ele é conhecido e as identidades que elas sustentam garantem a pessoa um lugar nesse mundo. Ao serem internalizadas, as representações passam a expressar a relação da pessoa com o mundo que ela conhece e, ao mesmo tempo, esses representações a situam nesse mundo.

As representações sociais, de acordo com Aguiar e Nascimento (2005), fazem parte de um sistema simbólico que produz um conhecimento sobre o mundo, isso atribui significados à realidade. Por meio disso é possível pensar o mundo e certas práticas sociais. São manifestadas por palavras, sentimentos, gestos, condutas e se institucionalizam.

Para Farr (1999), Durkheim foi quem exerceu maior influencia na teoria de representação social vista como uma forma sociológica de Psicologia Social por Serge Moscovici em seu trabalho *La Psychanalyse: son image et son public*. Ainda para o autor, Durkheim foi também o sociólogo que mais demonstrou hostilidade à Psicologia se opondo ao estudo das representações individuais.

Mendonça e Pontes (2002) destacam que o conceito de Durkheim de representações coletivas se aplicava melhor às sociedades menos complexas. Já a teoria de Moscovici para as representações sociais era voltada para as sociedades mais modernas. O fato dele trabalhar a estrutura social e a pessoa como elementos que se influenciam reciprocamente deu maior ênfase à pessoa do que a estrutura social, ressaltando seu caráter ativo na construção das representações.

Para Moscovici, as representações sociais são teorias do senso comum, são conjuntos de conceitos, afirmações e explicações, que permitem a interpretação e a construção de realidades sociais (SÁ, 1993). Jodelet (2001) define as

representações sociais como modalidades de conhecimento prático, orientadas para a comunicação e compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos.

Três particularidades inter-relacionadas na pesquisa com representações sociais são apontadas por Jodelet (2001): a primeira diz respeito a vitalidade relacionada ao estudo com as representações sociais, se tratando de um conceito renovador na Psicologia Social, que apresenta uma gama de possibilidades de empreendimentos empíricos e conceituais e da articulação psicossociológica à de outras disciplinas que permite múltiplas interpretações e discussões. Na segunda, a autora fala da possibilidade de transversalidade que o trabalho em representações sociais permite demonstrando sua operacionalidade por meio da articulação entre diversas disciplinas e o campo de pesquisa. E a terceira particularidade trata da complexidade do conceito, pois articula elementos variados: agetivos, mentais e sociais.

A autora aponta ainda o fato de que as representações sociais apesar de não constituírem um conhecimento científico, são consideradas objetos de estudo tão legítimos quanto os primeiros, pois apresentam grande importância social, o que permite o esclarecimento dos processos cognitivos e das interações sociais. O estudo das representações sociais abrange diversas áreas do conhecimento, sendo que esta não pode ser descrita como pertencente a um campo disciplinar mais do que a outro.

A teoria das representações sociais tem sido bastante utilizada, especialmente em nosso país, em estudos na área da saúde. A saúde e a doença são descritos por Enumo (2003) como o segundo tema mais estudado no Brasil. A seguir serão abordados alguns aspectos sobre o processo saúde e doença.

2.2 O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

Com todo o avanço tecnológico e científico, a saúde e a doença tornaram-se concepções sociais. Para Minayo (1997), a pessoa faz parte de uma cultura e passa então a simbolizar suas vivências para expressá-las em nível consciente ou inconsciente. A autora define a idéia de que cada segmento da sociedade terá uma construção social diferenciada da concepção de saúde e doença. Esses elementos acompanham o ser humano do nascimento à morte e estão associados. Sendo assim, o corpo, é responsável pela saúde ou pela doença, pois somente ele é capaz de executar os atos que são definidos pela sociedade e adoecerá se não cumprir as ordens sociais, atribuindo a culpa a própria pessoa ou à sociedade.

Vilela e Mendes (2000) relatam que na Grécia antiga, Hipócrates foi um dos primeiros que relacionou as causas naturais ao surgimento das doenças, na qual saúde era concebida como um estado de equilíbrio entre natureza humana e ambiental. A deusa da saúde era Higieia, considerada como uma das manifestações de Athena, deusa da razão. A deusa da cura era Panacea. Para os gregos, a cura não era obtida apenas por meio de rituais, mas também pelo uso de plantas e métodos naturais. A higiene pessoal e os serviços públicos de saneamento tiveram grande desenvolvimento nas cidades gregas e entre os romanos. Posteriormente, Roma incorporou os princípios da Medicina grega. Galeano, baseado na teoria humoral hipocrática, acreditava que a causa de doenças era endógena, estava na genética ou em hábitos que levassem ao desequilíbrio.

A dificuldade de conceituar saúde vem desde a Grécia antiga e parece ter uma relação direta com a visão negativa em saúde, sendo esta entendida ainda como a ausência de doença, segundo Coelho e Almeida Filho (2002). Os autores trazem ainda que o campo da saúde aborda predominantemente o conceito de doença, prejudicando a conceituação do conceito de saúde.

Scliar (2007) destaca que na idade média, a influência da religião cristã manteve a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé. As ordens religiosas administravam o hospital e o mantinham como lugar de abrigo e de conforto para os doentes e não como lugar de cura. Porem, as idéias hipocráticas se mantinham por meio da temperança no comer e beber, na contenção

sexual e no controle das paixões. Segundo o autor, no período do renascimento, com o predomínio das ciências naturais, as doenças eram provocadas por agentes externos ao organismo. A Medicina não considerava a influência de fatores psíquicos, classificava-os como não científicos.

No século XVII, o desenvolvimento da mecânica influenciou as idéias de René Descartes, que postulavam um dualismo mente-corpo, o corpo funcionando como uma máquina. Ao mesmo tempo, o incremento da anatomia, afastou a concepção humorai da doença, que passou a ser localizada nos órgãos. No famoso conceito de François Xavier Bichat (1771-1802), saúde seria o “silêncio dos órgãos”, e a doença era identificada pelos sinais e sintomas (SCLiar 2002, 2007). Rosa (2003) observa ainda que a doença foi caracterizada nessa época como tendo causas únicas e externas, originada pela vontade dos deuses, pelo pecado ou por fatores biológicos e bacteriológicos (exógenos). Há uma dificuldade no entendimento no processo de adoecimento como fatores que envolvem vários aspectos da existência humana, observando isso ainda nos dias de hoje.

Ao final do século XIX o microscópio, que foi descoberto no século XVII e não muito valorizado, impulsionou a chamada Medicina tropical. O trópico atraia a atenção do colonialismo, mas os empreendimentos comerciais eram ameaçados pelas doenças transmissíveis, existia o medo das epidemias e endemias. Nasceu nessa época a epidemiologia baseando seu estudo pioneiro do cólera em Londres, feito pelo médico inglês John Snow, que dizia que se a saúde do corpo individual podia ser expressa em números, os sinais vitais, o mesmo deveria acontecer com a saúde do corpo social, tendo seus indicadores, emergindo assim a estatística, método que surgiu no século XVII, mas ganhou impulso no século XX (SCLiar, 2007).

O conceito de saúde é relativo e variável, reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, não representando o mesmo para todas as pessoas. Depende da época, lugar e de classe social, assim como de valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas, o mesmo pode ser dito para as doenças, pois o que é considerado doença varia muito. Scliar (2007) argumenta que a doença, real ou imaginária, é uma antiga acompanhante da espécie humana, dando como exemplo estudos paleontológicos, no qual múmias egípcias

apresentavam sinais de varíola. A concepção mágico-religiosa partia do princípio de que a doença era resultante de forças alheias ao organismo, introduzindo como causa do pecado ou a maldição. Para os antigos hebreus, a doença não era necessariamente ação de demônios, mas representava um sinal de cólera divina diante dos pecados humanos.

Presente por muitos séculos, o modelo dominante, era a idéia de que as enfermidades possuíam causa biológica predominantemente, sendo conhecido como modelo biomédico. Se adotarmos tal modelo, deixamos de considerar os fatores comportamentais e de condições de vida, sendo assim não incluídos também na definição de um diagnóstico, como também na prevenção da doença e manutenção da saúde (STROEBE; STROEBE, 1995). Esse modelo, biomédico, possui caráter reducionista, pois separa mente e corpo e a doença priorizada sobre a saúde, sendo ambas descritas a partir de aspectos fisiológicos sem menção ao contexto social (ENUMO, 2003).

O fato da medicina contemporânea adotar esse modelo faz com que as consequências, sintomas, sejam o alvo de preocupação dos médicos e das pessoas sem olharem para a causa desses sintomas, considerando todos os fatores sociais, psicológicos e culturais. Isso acarreta problemas no desenvolvimento de programas de prevenção de doenças e promoção da saúde, pois ao considerar apenas as questões biológicas o nível primário de prevenção é desprezado, que diz respeito à atenção básica (STROEBE e STROEBE, 1995).

Herzlich (2005) coloca que a doença é um fenômeno que ultrapassa o saber médico, que depende das interpretações e sentidos dados a ela. O que leva em conta os aspectos psicossociais além dos fatores biológicos como integrantes da saúde e da doença, surgindo assim um outro modelo denominado modelo biopsicossocial. Para Spink (2003) esse modelo apresenta avanços importantes em relação ao anterior, na qual a doença passa a deixar de ser uma experiência individual e passa a ter um caráter coletivo. O modelo biopsicossocial considera as experiências subjetivas relacionadas às mudanças físicas ou emocionais, sendo que a confirmação de determinada doença pode ser feita por meio da percepção de outras pessoas. Para isso, é necessário que haja um consenso entre as pessoas de uma sociedade para que se defina o que é estar doente.

O objetivo do conhecimento dos processos psicossociais e sócio-culturais em saúde não é facilitar a relação médico-paciente ou a gestão das instituições, como acontecia anteriormente, mas proporcionar uma ação integral no atendimento prestado à população (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005).

Vilela e Mendes (2000), juntamente com Scliar (2007), discutem o xamanismo, no qual o conceito de doença e cura eram relacionados a algo sobrenatural e místico, pois acreditavam que maus espíritos se apoderavam da pessoa causando a doença e quem “expulsava” era o feiticeiro tribal, mediante à rituais. Entre uma tribo indígena de nome Sarrumá, que vivem na fronteira entre Brasil e Venezuela, inexiste o conceito de morte por causa natural ou por acidente.

Ainda hoje, na África, as religiões afro-espiritualistas usam os banhos como elementos de purificação. Um dos lugares de origem de grande parte da população negra do Brasil, Angola, a Medicina tem aproximadamente quatro mil anos e remonta às comunidades tribais da sociedade primitiva angolana. Busca-se a cura de males por meio das relações da pessoa com o meio ambiente, com a observação dos fenômenos naturais. Os curandeiros, chamados de imbandas, eram responsáveis por diagnosticar, prevenir e tratar as enfermidades (PRADO, 2009).

Na cultura oriental, saúde diz respeito a equilíbrio. É o funcionamento harmonioso de forças vitais ou energias e a doença é quando ocorre o desequilíbrio dessas forças, o impedimento do fluxo de energia no organismo. A Medicina é baseada em um sistema holístico, que considera o relacionamento inerente entre o espírito individual e cósmico e a energia e a matéria. A figura do médico representava um sábio (PRADO, 2009).

Vilela e Mendes (2000) relatam da dificuldade de universalizar o conceito de saúde, pois vários fatores devem ser levados em consideração como: a satisfação biológica, as relações interpessoais, o significado da vida, os objetivos pessoais, a dignidade das pessoas e sua forma de comunicação. Os autores ilustram comparando a Grã Bretanha com uma aldeia africana. O país que tem tecnologias de ultima geração e modernas formas de tratamento, tem uma sociedade que se considera doente, no entanto a população da aldeia, na qual existem muitas doenças parasitárias, pouca higiene e precárias condições sanitárias, a população se considera saudável, pois têm suas danças, músicas e a celebração

é critério de saúde para essas pessoas. Dessa maneira, o conceito independe das condições de tratamento, mas depende da percepção subjetiva de cada um.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe, na sua Carta Magna de 7 de Abril de 1948, o conceito de saúde como: "[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". Esse conceito é discutido por Scliar (2002), como pouco operacional, pois a expressão "bem-estar" envolve um componente subjetivo, semelhante a felicidade, portanto dificilmente quantificável. Este conceito refletia uma aspiração nascida dos movimentos sociais pós guerra, saúde expressava o direito a uma vida plena, sem privações. Para o autor, um conceito útil para analisar os fatores que intervinham sobre saúde e sobre os quais a saúde pública deve intervir é o de campo da saúde, formulado por Marc Lalonde, em 1974, titular do Ministério da Saúde e do Bem estar do Canadá, país que aplicava o modelo médico inglês. De acordo com esse conceito, o campo de saúde abrange: a biologia humana; o meio ambiente; o estilo de vida e a organização da assistência à saúde.

Em decorrência da amplitude do conceito da OMS, que foi alvo de críticas, sendo algumas de natureza técnica, segundo Scliar (2007), na qual a saúde seria algo ideal, inatingível; a definição não poderia ser usada como objetivo pelos serviços de saúde, outras de natureza política, libertária: o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que intervira na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde. Como implicação da primeira objeção, surge o conceito de Christopher Boorse (1977), que dizia: "saúde é ausência de doença." A classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor. Fato que foi bastante discutido por autores que acreditam que a conceituação de saúde e doença é algo complexo e difícil de ser mensurado estatisticamente (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002).

Scliar (2007) relata que em 1978, a declaração final da Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde realizada na cidade Alma-Ata (no atual Cazaquistão), a OMS ampliou consideravelmente seus objetivos, como resultado de uma crescente demanda por maior desenvolvimento e progresso social. A Conferência enfatizou as enormes desigualdades na situação de saúde entre

países desenvolvidos e em desenvolvimento e destacou a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados à saúde. Devendo incluir pelo menos educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas, assim como a disponibilização dos medicamentos essenciais, denominando esse conceito de cuidados primários de saúde. O autor coloca que o conceito de cuidados primários tem conotações, é uma proposta racionalizadora e também uma proposta política, pois em vez de tecnologia sofisticada propõe tecnologia simplificada, no lugar de grandes hospitais, ambulatórios, de especialistas, generalistas, de um grande arsenal de terapêutico, uma lista básica de medicamentos.

Scliar (2007) ainda traz que a Constituição Brasileira de 1988 evita trazer o conceito de saúde, na tentativa de evitar uma política de saúde pública sem critérios sociais e sem juízos de valor. Como princípio norteador do Sistema Único de Saúde (SUS), diz que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (p.39).

Minayo (1997) coloca que se a pessoa não cumprir as ordens sociais ele adoecerá, podendo esta culpa ser atribuída a própria pessoa ou à sociedade. Enumo (2003) demonstra que as representações sociais de saúde e doença refletem o modo como às pessoas entendem esse processo e a relação entre saúde e doença e o seu contexto social. Deve-se levar em conta além da narrativa os substratos políticos, econômicos, culturais e valorização do senso comum. O autor relata ainda que entender as representações de saúde e doença pode ser um meio para chegar à origem de como se adoece, pois sem esse entendimento é provável uma ineficiência tanto no tratamento como nos programas de promoção da saúde e prevenção de doença.

Os sintomas são relacionados como outra forma de representar o estado de saúde ou doença, para muitas pessoas estar doente é quando está

impossibilitado de exercer suas funções devido ao agravo dos sintomas. Contudo existem muitas patologias que não provocam mal estar, e que por isso a pessoa não tem consciência deles. As pessoas produzem representações de tudo o que vivenciam e no processo de saúde e doença esses fatos ocorrem também, principalmente no adoecimento, há a necessidade de construir o próprio entendimento da doença, que de certa maneira é parte do processo de aceitação. O discurso elaborado pelo paciente na maioria das vezes não é compartilhado, deixando assim de auxiliar nas medidas de tratamento. Faz-se necessária a correlação entre o pensar dos profissionais de saúde e a representação do usuário.

Portanto, a construção elaborada pelos idosos sobre como eles se sentem diante da saúde e da doença poderá variar de acordo com o grupo cultural ao qual estão atrelados. No próximo item, serão abordadas algumas considerações sobre a construção do envelhecimento pela ciência.

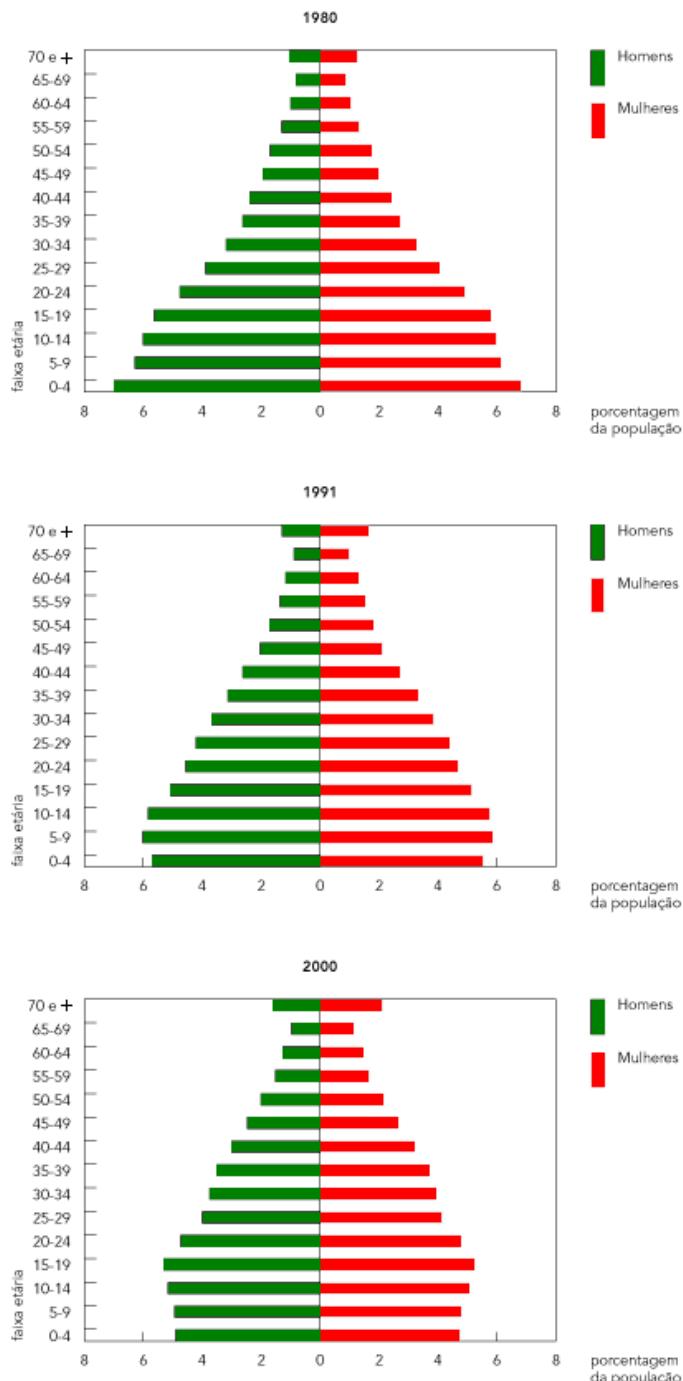
2.3 CONSTRUÇÃO DO ENVELHECIMENTO PELA CIÊNCIA

O Brasil apresenta um dos mais agudos processos de envelhecimento populacional entre os países mais populosos. A proporção de pessoas idosas com sessenta anos e mais aumentou de 6,1% (7.204.517 habitantes), em 1980, para 8,6% (14.536.029 habitantes) em 2000, correspondendo a um aumento absoluto de 7,3 milhões de indivíduos (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1981, 2000). A razão de dependência demográfica (soma da população menor de 15 anos e de 65 e mais anos dividida pela população de 15 a 64 anos) hoje, definida principalmente pelo segmento jovem, será modificada para uma dependência idosa ao final de 2.050 (MOREIRA, 1998).

Nas últimas décadas, o Brasil vem apresentando mudanças na pirâmide que configura a faixa etária. Segundo Berquó (1999), passou-se de uma pirâmide de base larga e forma triangular, para uma forma mais arredondada de base reduzida, característica de regimes de grande redução na fecundidade. Caracterizado como um possuidor de uma população jovem, o Brasil vivenciou uma transição demográfica e hoje constatamos que a população envelheceu simplesmente pelo

crescimento do numero de idosos no cômputo geral da população, como mostra a Figura 1, na qual observa-se nas pirâmides a convivência de gerações nascidas antes e depois do rápido declínio de fecundidade, separadas em torno da idade de 10 anos, em 1970, de 20 anos, em 1992; 30 anos em 2000.

Figura 1 – Distribuição proporcional (%) da população por sexo e idade no Brasil em 1980, 1991 e 2000.



Fonte: IBGE (1980, 1991, 2000).

Segundo Wagorn, Théberge e Orban (1993), envelhecer é um processo de acumular experiências e enriquecer nossa vida com conhecimentos e habilidades físicas.

O envelhecimento é um processo que está cercado de muitas concepções falsas, de temores, crenças e mitos. A velhice como etapa de vida, também é uma palavra carregada de inquietude, fragilidade e às vezes de angustias. Não nos devemos surpreender ao descobrir que muitas falácia, medos e concepções que envolvem a velhice nos tempos atuais são ecos de culturas e tempos remotos, limitadores da participação desta etapa da vida. (LORDA, 1995, p. 03)

Corazza (2001) define envelhecimento como um processo complexo que envolve muitas variáveis como: genética, estilo de vida e doenças crônicas, que interagem influenciando a maneira pela qual envelhecemos. A autora relata que o envelhecimento está dividido em: idade cronológica, biológica, psicológica e social. A idade cronológica é expressa em números de anos ou meses desde o nascimento, diferenças na capacidade funcional, entre indivíduos de mesma idade cronológica, a autora traz que apenas a idade cronológica é insuficiente para determinar o envelhecimento. A idade biológica enfoca o envelhecimento por meio de mudanças nos processos biológicos ou fisiológicos e suas consequências no comportamento do indivíduo, uma pessoa pode estar acima ou abaixo de sua idade, depende do modo de vida que ela leva. Já a idade psicológica, refere-se às capacidades individuais envolvendo dimensões tais como a mental, a auto-estima e auto-suficiência, assim como aprendizagem, memória e percepção. A idade social que se refere à noção de sociedade muitas vezes com expectativas rígidas do que é e do que não é um comportamento apropriado para o indivíduo daquela faixa etária.

Para Kuroda e Israell (1988), o envelhecimento é um processo fisiológico, que não necessariamente ocorre simultaneamente à idade cronológica, apresentando uma considerável variação individual. Sendo de suma importância enfatizar que têm surgido diferentes formas de considerar a pessoa como idosa ou pertencente à chamada “terceira idade”. Popularmente, existem outros termos que se referem às pessoas acima de 60 anos, como “feliz idade”, “melhor idade”. A OMS define terceira idade como as pessoas acima de 60 anos, de idade cronológica. Spirduso (2004) propôs uma classificação de acordo com a idade cronológica

considerando como adulto da meia idade a pessoa com idade entre 45 e 64 anos; o idoso jovem aquele entre 65 e 74 anos; o idoso aquele com idade entre 75 e 84 anos; o idoso-idoso de 85 a 99 anos e o idoso velho seriam aqueles com mais de 100 anos. Levando em conta essa proposta, o Brasil teria sua maioria de pessoas da chamada terceira idade na faixa de adultos da meia idade ou idosos jovens.

Para Velasco (2006), o envelhecimento não é a velhice e sim um processo que se inscreve no tempo, irreversível, começando no nascimento e terminando na morte. O envelhecimento cronológico deve ser diferenciado do funcional e o conceito do tempo nesse processo do envelhecimento deve ser entendido também nos aspectos físicos, psicológicos e sociais como será abordado a seguir.

2.3.1 ASPECTOS FÍSICOS DO ENVELHECIMENTO

Ao se tratar do envelhecimento fisiológico, suas características são dependentes de fatores que estão ligados ao histórico de vida das pessoas e os hábitos adquiridos durante a vida. O desempenho físico, por exemplo, entre uma pessoa ativa e outra sedentária não será o mesmo. Os hábitos (bons ou maus) adquiridos no processo da vida, podem alterar a saúde, levando a confundir com o processo de envelhecimento (MEIRELLES, 1999).

Para Meirelles (1999), o envelhecimento, sob o ponto de vista biológico, representa um conjunto de processos geneticamente determinado, sendo definido como uma deterioração funcional progressiva e generalizada, tendo como resultado uma perda de resposta adaptativa às situações de estresse e um aumento na vulnerabilidade de doenças relacionadas à velhice. A autora coloca que a razão principal dos idosos ficarem doentes com mais frequencia que os jovens é que foram expostos por mais tempo a fatores externos, comportamentais e ambientais que causam doenças, do que as pessoas mais novas.

Papalia e Olds (2000) colocam que a questão de qualidade e quantidade de vida é dependente do que acontece com nossos corpos enquanto envelhecemos. As

perdas físicas, no início da idade adulta, são tão pequenas e graduais que mal são percebidas. O início da senescência, período marcado por declínios evidentes no funcionamento do corpo, às vezes relacionados com o envelhecimento, varia bastante. A maioria das teorias biológicas de envelhecimento encaixa-se em duas categorias: teorias de programação genética e teorias de taxas variáveis.

Para Papalia e Olds (2000) as teorias de programação genética sustentam que os corpos envelhecem segundo um plano normal de desenvolvimento embutido nos genes, tendo cada espécie sua própria expectativa de vida e padrão de envelhecimento. As autoras relatam ainda que a teoria da programação genética é composta por três teorias: teoria da senescência programada que diz que o envelhecimento é resultado da ativação e desativação seqüencial de certos genes, com a senescência sendo definida quando déficits associados com a idade se manifestam; a teoria endocrinológica que sustenta que as pessoas são programadas os suficiente para reproduzir, os relógios biológicos atuam através de hormônios para controlar a taxa de envelhecimento; e por fim a teoria imunológica que consiste em um declínio programado nas funções do sistema imunológico que leva a uma maior vulnerabilidade à doença infecciosa e assim ao envelhecimento e à morte.

As teorias de taxas variáveis vêem o envelhecimento como resultado de processos que variam de pessoa para pessoa, que podem ser influenciados tanto por fatores internos quanto externos, envolvendo danos devidos a erros causais nos sistemas biológicos das pessoas ou ataques ambientais à eles. Dentro das teorias das taxas variáveis encontramos seis outras teorias: teoria do desgaste que sustenta que o corpo envelhece devido as células e tecidos especiais que se desgatam, podendo ter fatores externos que agravam esse problema, como subprodutos químicos; teoria dos radicais livres que diz que os danos dos radicais livres se acumulam com a idade fazendo com que células e eventualmente órgãos parem de funcionar; teoria da taxa de metabolismo que traz a idéia de que quanto mais rápido o corpo trabalha maior será a velocidade com que ele se esgota, ou seja, quanto maior o metabolismo menor o ciclo da vida; teoria erro-catástrofe e teoria da mutação genética baseiam-se no fato de que quando as células se dividem ocorrem “erros”, como destruição ou mudanças na estrutura celular, podendo ser agravados por estressores externos, tais como luz ultravioleta e exposição à substâncias tóxicas; e por fim a teoria auto-imune que sugere que o sistema auto-imune fica

“confuso” e ataca as próprias células do organismo, acreditando que esse processo seja responsável por alguns aspectos do envelhecimento (PAPALIA; OLDS, 2000).

O envelhecimento biológico é um processo onde ocorrem mudanças contínuas, que surgem em função do tempo, é uma etapa do desenvolvimento onde o catabolismo¹ é maior que o anabolismo². Segundo Neri (1993), o envelhecimento deve ser considerado como uma das fases de desenvolvimento do ser, ao qual compreende processo de transformações do organismo que implicam na diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência.

Ocorre uma diminuição progressiva e irreversível da energia livre disponível no organismo; perdas de células; enfermidades degenerativas próprias da velhice, como consequência geral. Ocorre também uma diminuição da capacidade de adaptação ao meio ambiente; aumento do tecido conjuntivo; aumento da quantidade de gordura; diminuição da força muscular; perdas hídricas; deficiência auditiva e visual; decréscimo do número e do tamanho das fibras musculares (MEIRELLES, 1999, p.28 e 29).

De acordo com Matsudo (2001), uma das mais evidentes alterações que acontecem com o aumento da idade cronológica é a mudança nas dimensões corporais. Todo ser humano sofre alterações anatômicas visíveis, que podem ser relatadas na literatura como alterações anátomo-fisiológicas. Os ombros, braços e pernas estreitam-se, devida à perda de massa muscular, a junção desta perda mais o enfraquecimento ósseo das vértebras e afinamento das cartilagens intervertebrais apresentam um decréscimo da estatura total.

Para Meirelles (1999), após os 40 anos, o ser humano passa a perder um centímetro por década, devido à redução dos arcos dos pés, aumento das curvaturas da coluna e encurtamento das mesmas decorridas pelas alterações nos

¹ São processos metabólicos que implicam na “quebra” de substâncias complexas em substâncias mais simples. A “quebra” das proteínas do tecido muscular para obter energia é um exemplo de catabolismo. De uma forma bem simples podemos afirmar então, que o anabolismo é a construção e o catabolismo é a destruição (MCARDLE, 2003).

² São processos metabólicos que implicam na construção de moléculas a partir de outras. A síntese protéica, a síntese de ácidos graxos e a síntese de hormônios são exemplos de reações anabólicas (MCARDLE, 2003).

discos intervertebrais que estão entre as vértebras. Ocorrem também disfunções na pele, a seca, pela falta de umidade, que deixa a pele seca e áspera. Há uma diminuição das glândulas sudoríparas, elas que secretam o suor, diminui também a absorção de oxigênio e nutrientes pelos vasos capilares, além do decréscimo nas renovações das células lubrificantes. A pele enruga devido a perda da elasticidade das fibras conjuntivas e elásticas e pode ser comum o aparecimento de manchas escuras ou marrons, os cabelos e a pele ficam pálidos devido à redução de células de pigmentação. Outro fator que ajuda no envelhecer da pele é a exposição excessiva à luz solar devido aos efeitos da radiação ultravioleta.

Lorda (1995, p. 28) afirma que “[...] a pele se enruga, perde seu frescor, sua vitalidade; delata os primeiros sintomas que anunciam a chegada do envelhecimento”. A produção de hormônios fica reduzida, principalmente nas mulheres (os estrogênios), por essa razão podem ser vistos pêlos mais espessos e considerados grandes no rosto, nariz, orelhas e nas sobrancelhas. De acordo com Leme (1997), outro problema entre os idosos é o prurido generalizado, a pele apresenta-se mais seca e com menor quantidade de tecido subcutâneo, devido a água muito quente e o uso de sabões com ação detergente.

A audição é um órgão sensível que envelhece rápido. Segundo Baraldi, Almeida e Borges (2004) a perda auditiva decorrente do avanço da idade é conhecida como presbiacusia, que seria a soma de perdas auditivas ocasionadas pela variedade de degenerações fisiológicas incluindo os prejuízos causados pela exposição a ruídos. Lorda (1995, p. 29) acrescenta que “[...] as agressões externas ao longo dos anos aceleram o processo devido à alta de decibéis acima do aceitável que é de 80 a 90 decibéis.”

Uma pessoa de idade avançada pode ter dificuldades em identificar algum objeto ou pessoa a distância. Isso ocorre em decorrência das alterações sofridas na visão, essa é uma degeneração preocupante devido ao fato de que ela fica sujeita a se machucar. Lorda (1995, p.29) afirma que “[...] o diâmetro da pupila diminui com os anos de 5 milímetros a 3,5 milímetros aos vinte anos e aos oitenta e cinco anos, assim diminui a resposta pupilar a luz com diminuição do reflexo fotomotor.”

Meirelles (1999) afirma que as diminuições da massa óssea começam a aparecer por volta de 35 anos, junto com a redução da força máxima muscular que aos 60 anos é mais visível; nas mulheres, essa perda inicia-se após a menopausa. A pessoa idosa irá se apresentar mais suceptível à osteoporose, devido a perda de laminas ósseas. McArdle (2003) relata que a perda de massa óssea faz parte do processo de envelhecimento, e ocorre a desmineralização do esqueleto e o mesmo se torna poroso. Essa massa pode sofrer uma redução de 30 a 50% nas pessoas com mais de 60 anos. A osteoporose representa um problema particularmente grave entre as mulheres após a menopausa. Existe a osteoporose tipo I, quando as fraturas ocorrem mais nas vértebras e distais do rádio em pessoas entre 50 e 60 anos, e principalmente em mulheres. No tipo II, a ocorrência maior é em pessoas com mais de setenta anos, e as fraturas ocorrem no quadril, pelve e distal de úmero e é duas vezes mais comum em mulheres, sendo que a essa incidência maior no sexo feminino ocorre em razão da menopausa e da falta de estrogênio. Para amenizar esta perda, além da reposição hormonal que é freqüente em mulheres com mais de cinqüenta anos, é importante que haja também um treinamento com desenvolvimento de força. McArdle (2003, p. 274), argumenta que:

[...] o treinamento de força moderado proporciona uma maneira extremamente segura de aumentar a síntese e retenção de proteínas e torna mais lenta a perda “normal” e até certo ponto inevitável de massa e força musculares que ocorre com o envelhecimento.

Segundo Ilkiv (2005), a perda de tecido ósseo nos homens é de 10% após os 65 anos e cerca de 20% após os 80 anos, na mulher é uma média de 20% aos 65 anos e 30% aos 80 anos. Ocorrem também alterações articulares, o idoso vai perdendo a mobilidade e a elasticidade, as suturas que são encontradas no crânio diminuem apresentando assim menor úmero de osso. Devido à perda hídrica, o núcleo pulposo que participa na formação dos discos intervertebrais aumenta as fibras em numero e volume, os anéis fibrosos que também formam os discos tornam-se mais densos, esses fatores contribuem na redução da espessura do disco levando a coluna a uma acentuada curvatura, principalmente da região torácica. Os ligamentos vão se fibrosando e se degenerando por causa do desgaste.

As cartilagens alteram-se naturalmente de acordo com os fatores biomecânicos adquiridos ou não, isso provoca ao longo da vida degenerações diversas que pode levar a diminuição da função locomotora e da flexibilidade, reduzindo também a amplitude articular e o equilíbrio aumentando o risco de lesões e quedas (NÓBREGA et al., 1999).

Dentre as alterações musculares, Lorda (1995, p. 24) afirma que: “[...] o envelhecimento traz consigo transtornos de dois tipos: a diminuição do tônus e a perda da força”. Carvalho e Soares (2004) acrescentam que além do idoso perder força máxima, as fibras musculares se degeneram e atrofiam, em seus lugares formam-se tecidos conjuntivos pelo acúmulo de colágeno intersticial no músculo que pode decorrer da não estimulação muscular. Esse sistema perde neurônios e outras substâncias, as fibras perdem sua mielina³, diminuindo a velocidade de condução do estímulo nervoso e ainda pode ocorrer também um crescente número de pregas ampliando a fenda sináptica, reduzindo a área da placa motora, onde acontece o contato dos axônios (parte final de um neurônio), com a membrana da célula muscular.

A Sarcopenia, que é outro fator que surge com o envelhecimento, pode ser definida como sendo um problema multifatorial caracterizado pela perda progressiva de massa muscular. Há assim um aumento da fadiga que pode ocasionar dependência funcional e morbidade. Ela é o denominador comum do processo de envelhecimento responsável pelo declínio do desempenho físico com redução da capacidade de ativação das fibras musculares e decréscimo da tensão de algumas fibras específicas (BALU, 2007).

Meirelles (1999) argumenta que o metabolismo basal regrediu cerca de 10% a 20%, este fator deve ser considerado no momento de se calcular a taxa metabólica basal (TMB) do idoso. Apropriadamente, Chen e Neves (2002) colocam que a massa corpórea modifica-se com a queda do metabolismo basal, aumenta a concentração de gordura e enfraquecimento muscular. Com isso, acaba ocorrendo um desvio postural por falta de força para atuar contra a gravidade.

³ Substância lipóide que forma a bainha em torno de certos nervos (LORDA, 1995).

Quando você envelhece, seu metabolismo naturalmente fica mais lento, diminuindo a quantidade de oxigênio que atinge o sangue e aumentando a de dióxido de carbono que sai do corpo. Com menos oxigênio e mais dióxido de carbono, o corpo não proporciona a mesma quantidade de energia, o que tem como resultado uma redução da quantidade de energia disponível para a atividade física. (WAGORN; THÉBERGE; ORBAN, 1993, p.103)

O mecanismo de alterações nervosas promove várias transformações anatômicas e químicas no encéfalo e medula com o tempo há uma perda contínua de neurônios, por essa razão o idoso tem a área motora voluntária alterada e os reflexos tendinosos reduzidos, além de uma diminuição de peso e volume do cérebro.

Segundo McArdle (2003), há um declínio de 40% no número de axônios medulares e um declínio de 10% na velocidade de condução nervosa refletindo os efeitos cumulativos do envelhecimento, reduzindo o desempenho neuromuscular avaliado pelo tempo de reação e de movimento tanto simples quanto complexos. Laria (2001) acrescenta ainda que a destruição média de neurônios é tal que o volume do encéfalo se reduz em cerca de 8% em relação ao adulto jovem, embora em áreas frontais possa atingir 50%, apesar disso podem-se manter em bom nível quando em atividade intelectuais.

Ocorrem também as alterações sistêmicas, como as cardiovasculares. O coração é constituído de endocárdio, miocárdio e epicárdio, que são considerados as camadas do coração, são compostas por quatro cavidades o átrio direito, átrio esquerdo, ventrículo direito e ventrículo esquerdo. Com o avanço da idade ocorre um aumento do peso do coração e um aumento da espessura da parede do ventrículo esquerdo (VE). Para Wagorn, Théberge e Orban (1993), reduz-se com o tempo a flexibilidade das válvulas do coração e começa surgir depósitos de gorduras e cálcio no vasos sanguíneos. Meirelles (1999) afirma que além de todas essas alterações, há um aumento significativo do tecido conjuntivo e diminuição das células musculares, diminui-se também a força do músculo cardíaco, principalmente em indivíduos sedentários. A artéria aorta aumenta no diâmetro interno, perde elasticidade com a queda de números das fibras elásticas, além de sofrer aumento de colágeno.

Dentro das alterações funcionais encontradas no coração, uma das mais importantes é a redução do débito cardíaco, há um declínio de aproximadamente 30% do desempenho cardíaco. Segundo Meirelles (1999, p.61), “[...] as alterações de fluxos sanguíneos não são homogêneas para todos os sistemas, o fluxo plasmático renal reduz em 50% aos 70 anos, enquanto que o fluxo cerebral declina apenas 20%”.

Grandes partes dos distúrbios cardiocirculatórios ocorrem devido às alterações do miocárdio, que levam a redução do volume sistólico máximo e o declínio da freqüência cardíaca máxima.

Para a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2002, p. 2) “[...] a circulação periférica sofre redução da relação capilar e fibra muscular, menor diâmetro capilar e redução na liberação de óxido nítrico e menor resposta vasodilatadora.”

Dentro do sistema respiratório, Lorda (1995, p.27) afirma que “[...] todo sistema respiratório sofre o envelhecimento: as mucosas do nariz, da faringe e da laringe; o que é demonstrado pela gota do nariz, rouquidão da garganta, voz quebrada e uma necessidade constante de expectorar.” Os pulmões apresentam diminuição dos alvéolos redução da elasticidade, queda na capacidade de absorver oxigênio e livrar-se do dióxido de carbono, ou seja, ao efetivar as trocas gasosas ocorre também uma perda da flexibilidade torácica envolvendo também as costelas e diafragma. Desenvolve-se enrijecimento e calcificação das cartilagens que compõem a traquéia e os brônquios. O idoso acaba tendo uma maior propensão à infecções nos pulmões. Com o passar dos anos, o sistema respiratório sofre alterações funcionais decorrentes de uma redução acentuada da elasticidade pulmonar que acarreta uma menor capacidade inspiratória.

A redução de desempenho funcional do sistema cardiorespiratório está associada a fatores como: declínio progressivo na captação máxima de oxigênio, diminuição da freqüência cardíaca máxima, do débito cardíaco, e do volume de ejeção sistólica, diminuição da vascularização e do fluxo sanguíneo para o músculo (ILKIV, 2005 p. 18).

Conforme dados apontados por Matsudo (2001), ao envelhecer ocorre um menor débito cardíaco máximo (DCM), ocasionando um declínio na potência aeróbica, juntamente ao decréscimo da freqüência cardíaca máxima (FCM) unindo a idade e o volume sistólico máximo (VSM), levando a diminuição de 1 bpm (batimento por minuto) da FCM.

Wargon, Théberge e Orban (1993) afirmam que outros sistemas também são afetados como o sistema digestório, que se inicia na boca, passa pela faringe, esôfago, estômago, intestino delgado e grosso, além dos órgãos anexos, que são as glândulas salivares, gástricas e intestinais, fígado e pâncreas. Com o avanço da idade o idoso pode perder os dentes devido à perda de tecidos das gengivas, tem uma diminuição da capacidade de mastigar e tem ressecamento na boca.

Meirelles (1999) relata que as células parietais e principais das glândulas gástricas tendem a ser substituídas, por outro tipo de células e que a irrigação sanguínea irá alterar com tempo, pois os vasos tornam-se mais tortuosos, este quadro pode chegar a uma isquemia. De acordo com o autor pode acontecer também uma atrofia da túnica muscular do tubo digestório devido à diminuição das fibras colágenas e o crescente acúmulo de cálcio. Há absorção reduzida de nutrientes e ocorre um enfraquecimento dos músculos do reto. O fígado também apresenta alterações, uma diminuição após os 65 anos.

Dentro do sistema urinário encontram-se os rins, os ureteres, a bexiga urinária e a uretra. No idoso, os rins apresentam arteríolas estreitadas sem contato com os glomérulos, diminuindo assim número de glomérulos e aumentando o tecido fibroso que substitui os glomérulos. Duarte (s.d.) relata que com a idade os rins diminuem de tamanho e peso, reduz-se o numero de néfrons, a musculatura vesical e da uretra reduzem, também há uma dificuldade em excretar ácidos.

Meirelles (1999) afirma que o sistema reprodutor masculino é composto pelos testículos, epidídimos, ductos deferentes, próstata e pênis. As alterações nos idosos são pouco evidentes. Pode ocorrer uma atrofia das glândulas, das vesículas seminais e da próstata, há uma redução de secreção de testosterona e uma diminuição da espessura da túnica albugínea do corpo cavernoso do pênis. Para as mulheres o sistema reprodutor feminino tem na sua formação ovários, tubas

uterinas, útero e vagina. Com a idade avançada ocorre na vagina uma diminuição de comprimento e largura, além da mesma tornar-se menos umidificada. Papalia e Olds (2000) destacam que muitas pessoas mais velhas são sexualmente ativas, embora o grau da tensão sexual, a frequencia e a intensidade sejam menores do que em pessoas mais jovens.

O sistema endócrino, no processo de envelhecimento, é caracterizado pela diminuição das glândulas tireóides, hipófise, supra-renais e paratireóides, atrofia também o timo, reduz a produção de testosterona, e interrompe a produção de estrógeno, resistente a insulina e diminui a tolerância a glicose. Essa idéia é complementada por Laria (2001), que afirma ocorrer menor sensibilidade dos tecidos aos hormônios e diminuição da liberação dos hormônios hipofisários.

McArdle (2003) ressalta que a função endócrina, particularmente da hipófise, pâncreas, supra-renal e tireóide, modifica-se com a idade. Cerca de 40% dos indivíduos que possuem entre 65 e 75 anos e de 50% daqueles que possuem mais de 80 anos exibem uma tolerância a glicose reduzida que resulta em diabetes tipo 2. Quando há a deterioração da glicose no metabolismo, resultando em alteração nos níveis de glicose resulta em resistência à insulina, deficiência relativa à insulina.

De acordo com Papaleo Neto (1996), o envelhecimento é um processo natural da vida humana, traz consigo uma série de modificações biopsicossociais que alteram a relação da pessoa com o meio na qual está inserida, faz parte de um processo dinâmico e complexo, que é influenciado por fatores individuais que dão os primeiros sinais com um declínio lento e futuramente acentuado das habilidades que antes eram desenvolvidas, é muito pessoal e constitui uma etapa da vida com realidades próprias.

Leme (1997) afirma que o envelhecimento é definido de maneiras diferentes, dependendo do campo da pesquisa e interesse. Sociólogos e psicólogos chamam a atenção para o fato de que, além das alterações biológicas, os processos de desenvolvimento sociais e psicológicos de indivíduos podem ser observados. Serão abordadas as alterações psicossociais que ocorrem devido ao processo de envelhecimento.

2.3.2 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é uma experimentação relacionada não só como o corpo físico. Para Neri (1993), envelhecer bem significa estar satisfeito com a vida atual como também ter expectativas positivas em relação futuro. Depende da capacidade de manter ou restaurar o bem estar subjetivo em uma época em que a pessoa está mais exposta a riscos e crises de natureza biológica, psicológica e social. A autora argumenta que a perspectiva humanista em Psicologia, por ter interesse em variáveis mediadoras cognitivas, concentra-se na pesquisa a respeito do senso de significado pessoal e seu impacto sobre o bem estar dos mais velhos.

As teorias psicossociais do envelhecimento exploram os processos mentais, o comportamento e os sentimentos das pessoas durante o seu ciclo de vida em uma organização social, em um determinado tempo, juntamente com alguns dos mecanismos que usam para enfrentar os desafios da velhice. As teorias sociológicas abordam o impacto da sociedade sobre o idoso, como também do idoso sobre a sociedade (MORAGAS, 2004).

Os estudos desenvolvidos pelo grupo de *Kansas City Studies of Adult Life*, liderado por Havighurst (1953 e 1963), Neugarten (1961, 1963, 1965, 1968, 1969, 1973) e Guttman (1964, 1979 e 1987) propuseram que envelhecer bem depende de quatro condições: atividade; capacidade de afastamento; satisfação com a vida e maturidade ou integração da personalidade. A ênfase na satisfação ou atividade ocorreu como fator desencadeante ao envelhecimento populacional ocorrido no decorrer da década de 60 nos Estados Unidos e Europa. A partir dos estudos de Williams e Wirths ainda surgiram mais dois condicionantes da boa qualidade de vida ao envelhecer: o equilíbrio de energia entre a pessoa e o sistema social, assim como um sistema social estável (NERI, 1993).

Predominantemente na sociedade ocidental, a identidade do idoso se constrói pela contraposição à identidade do jovem, e como consequência se tem, também, a contraposição das qualidades: atividade, força, memória, beleza, potência e produtividade como características típicas e geralmente imputadas aos jovens e as qualidades opostas presentes nos idosos (LEME; 1997).

Neri (1993) relata que a qualidade de vida na velhice, bem estar psicológico, bem estar percebido, bem estar subjetivo e envelhecimento satisfatório ou bem sucedido são expressões tidas como equivalentes. A pesquisa sobre essa qualidade de vida foi afetada quando surgiram duas concepções antagônicas sobre a velhice: a teoria do desengajamento e a teoria da atividade.

A teoria do desengajamento foi desenvolvida por Elaine Cummimg e Willam Henry em 1961 e considera o envelhecimento um processo no qual a sociedade e o individuo se retiram ou se desengajem gradualmente, um do outro para a satisfação e o beneficio mútuo. Alguns críticos dessa teoria alegam que o desengajamento não seria necessário se a sociedade melhorasse o atendimento de saúde e os recursos financeiros dos idosos, assim como aumentasse a aceitação, as oportunidades e o respeito merecidos por eles (FERRARI, 2005).

Em contrapartida, no pólo oposto da teoria do desengajamento a teoria da atividade, proclamava que a pessoa idosa deve continuar o estilo de vida da meia-idade, negando a existência da idade avançada pelo maior tempo possível, e que a sociedade deve aplicar aos idosos as mesmas normas que aplica aos indivíduos de meia-idade, não defendendo a diminuição da atividade, do interesse, e do envolvimento à medida que os seus membros envelhecem (FERRARI, 2005).

Como as mudanças nos padrões de vida são inevitáveis ao longo do tempo, a pessoa idosa necessita de habilidades, de flexibilidade e enfrentamento quando se comporta com estresses e mudanças. Com o avanço dos anos o idoso se deparou com uma série de perdas significativas, como o surgimento de doenças crônicas deteriorando a saúde, viuvez, morte dos amigos e parentes, ausência de papéis sociais valorizados, isolamento crescente, dificuldades financeiras decorrentes da aposentadoria que afetam, de tal forma sua autoestima, culminando, na maioria das vezes com uma crise (NERI; CACHIONI, 1999).

Em face dessas discussões, Neri e Freire (2000) afirmam que estabeleceram-se conceitos sobre os termos, velho, idoso e terceira idade, sendo “velho” ou “idoso” termo que se refere à pessoas na média de 60 anos, “velhice” seria a última fase da existência humana e “envelhecimento” atrelado às mudanças físicas, psicológicas e sociais. Os autores destacam ainda que embora sejam

relativamente claras as distinções conceituais entre esses termos não é fácil discriminá-las na literatura gerontológica, como também não é algo sistematicamente explorado, o que resulta em uma confusão mais ou menos generalizada, suscitando interpretações pouco parcimoniosas.

Tuckman e Lorge (1953 apud NERI, 1991) apontam que a muito tempo há inadequações conceituais apresentadas por vários pesquisadores. Em estudo pioneiro sobre atitudes em relação à velhice, advertiam serem insuficientes as evidências de pesquisas disponíveis, para que se realizassem generalizações sobre as características de personalidade e os problemas de ajustamento associados ao envelhecimento.

Simões (1998) argumenta que a expressão “velho” tem diferentes abordagens e pode significar perda, deterioração, fracasso, inutilidade, fragilidade, decadência, antigo, que tem muito tempo de existência, gasto pelo uso, que há muito tempo possui certa qualidade ou exerce certa profissão, obsoleto e não adequado à vida, dando a impressão de que o velho vive improdutivamente e está ultrapassado pela nossa sociedade. A autora ressalta também que a palavra velho é utilizada normalmente como antônimo de jovem.

Para Meirelles (1999), o idoso passa a ter um espaço diferente, uma categoria, um modo diferente de vida, características pessoais, ora pensa positivamente, ora negativamente. Vive um isolamento imposto pela sociedade, geralmente tem uma situação financeira crítica, suporta uma insegurança social, tem a saúde debilitada, é desvinculado do mercado de trabalho. Para Berquó (1999), é mais provável que os idosos superem certas doenças se tiverem acesso a um tratamento adequado, e que não sintam os efeitos do preconceito e do isolamento se tiverem amigos e familiares que os respeitem, que não sintam a perda da juventude como algo destruidor, se tiverem assimilado outros valores e interesses ao longo da vida.

Leite (2004) destaca que a velhice é uma construção social, um fenômeno cultural que implica uma dinâmica e elabora-se tanto nos valores da cultura oficial, como se encontra, também, associada à maneira como é vivenciada. A autora ainda coloca que o que se percebe é que há um referencial simbólico específico para cada

grupo, nas quais uma identidade coletiva é construída, que marca as suas diferenças em relação uns aos outros, sendo este o motivo de velho e velhice serem representados de maneiras diversas em diferentes sociedades.

As percepções das perdas, incapacidades e doenças são aspectos que aparecem nas representações da velhice. Veloz; Schulze; Camargo (1999) argumentam modelos teóricos multidimensionais tem sido propostos, dentro da Gerontologia Social, e analisam a relação entre as perdas e ganhos, na última fase da vida. Esses modelos colocam que, apesar do envelhecimento continuar sendo representado por meio de perdas, as pessoas idosas tem muitas capacidade de reserva que ficam ser serem exploradas, que passam despercebidos e portanto não valorizados. Baltes; Baltes (1990) trazem o “modelo do envelhecimento bem sucedido” na qual destacam:

[...] o envelhecimento bem sucedido precisa de uma avaliação sustentada em uma perspectiva multidimensional, na qual fatores objetivos e subjetivos sejam considerados dentro de um contexto cultural, que contém demandas específicas (p. 4).

Veloz, Schulze e Camargo (1999) argumentam que quando as representações sociais da velhice e do velho em pessoas idosas forem sustentadas no declínio terá consequências negativas não só para pessoas que tem mais de 60 anos, mas também para aquelas que ainda não são idosas, pois as representações sociais são reflexo dos grupos os quais as pessoas estão inseridas.

Para se entender as representações sociais da velhice e do velho, faz-se necessário entender como essas pessoas representam saúde e doença, pois Debert (1996) afirma que a idéia de que o idoso é associado à concepção social de doença é enfatizado pela publicidade, que vende a imagem de que as imperfeições no corpo não são normais e nem naturais, o que leva o ser humano ter a ânsia de evitar o envelhecimento. O autor ainda traz que o bem estar da pessoa depende da boa aparência e que durante o curso da vida surge a imagem de um crescente processo de controle sobre o corpo. A perda progressiva desse controle e esta estigmatização da velhice conduzem para que as pessoas percam o direito de serem reconhecidas

e valorizadas. As campanhas publicitárias reforçam essa cultura consumista que permite que a juventude e beleza passem a refletir o estado de espírito do indivíduo.

Segundo Santos (2002) se a doença ocorre durante o envelhecimento então a culpa desse “erro” poderá ser decorrente do próprio idoso ou da sociedade que não lhe propiciou melhores condições de qualidade durante a vida. O questionamento da associação realizada entre a velhice e a doença é algo que os idosos precisam explicitar em suas discussões para que não se criem idéias preconcebidas do significado social do envelhecer. A doença não ocorre durante o envelhecimento como um castigo. É um fato que poderá em algum momento da existência na vida de uma pessoa, ou seja, na infância, na vida adulta ou na velhice ocorrer e, possivelmente, levar o indivíduo à morte

Para Bosi (1994) a velhice tem sido construída na sociedade industrial de maneira maléfica “além de ser um destino do indivíduo, a velhice é uma categoria social” (p.77). A sociedade passa a disseminar a idéia de que o idoso deve ser respeitado, porém o elimina da convivência, construindo a idéia da inutilidade, discriminando seus conselhos e limitando sua capacidade de decisão. Cria-se então uma padronização nas faixas etárias para poder controlar melhor as ações dos indivíduos. Ocorre o que Debert (1997 apud SANTOS, 2002) intitula de institucionalização do curso da vida. Desta maneira o indivíduo tem uma definição social do envelhecimento em todas as dimensões de sua vida, ou seja, na família, no trabalho, no sistema educativo, no mercado de consumo e nas políticas públicas.

Há três condições, que são inter-relacionadas por Debert (1996), a respeito do envelhecimento, que dão uma configuração específica à terceira idade e às representações sobre o envelhecimento nas sociedades contemporâneas. A primeira tem a ver com mudanças no aparelho produtivo, na qual houve uma ampliação das camadas médias assalariadas e com novos padrões de aposentadoria que englobam entre os aposentados um contingente mais jovem da população, ou seja, a aposentadoria deixa de ser um marco para indicar a passagem para a velhice, ou uma forma de garantir a subsistência daqueles, que por causa da idade, não estão mais em condições de realizar um trabalho produtivo.

A segunda está relacionada ao fato dos aposentados não serem mais

considerados o setor mais desprivilegiado da sociedade, quer nos países de capitalismo avançado, quer nos países como o Brasil, em desenvolvimento.

[...] tratar da velhice nas sociedades industrializadas era traçar um quadro dramático da perda do status social dos velhos; a industrialização teria destruído a segurança econômica e as relações estreitas entre as gerações na família, que vigoravam nas sociedades tradicionais. Desta perspectiva, a situação atual, em que os idosos se transformam em peso para a família e para o Estado, opunha-se a uma Idade de Ouro, em que eles, dada a sua sabedoria e experiência, eram membros respeitados na família e na comunidade. O empobrecimento, a perda de papéis sociais e os preconceitos marcam a velhice nas sociedades modernas, que abandonam os velhos a uma existência sem significado (p. 37).

A terceira se refere à transformação da velhice em um problema social, colocando em jogo as diversas dimensões que deveriam acompanhar o avanço das idades, como as iniciativas voltadas para promoção de bem estar, até empreendimentos voltados para o cálculo dos custos financeiros que o envelhecimento da população trará para a contabilidade nacional. Também se relaciona com as concepções de auto preservação do corpo, mediante a adoção de hábitos saudáveis (AGUIAR e NASCIMENTO, 2005).

A importância de pontuar a questão do envelhecimento populacional é que a sociedade perceba que são pessoas pertencentes à fase do desenvolvimento humano em que podem ser empreendidas várias experiências concernentes à velhice, como a experiência, a responsabilidade, a assertividade, dentre outros, assim como à inserção social do idoso no sentido de levá-lo a exercer o seu papel de um agente ativo e atuante de forma dinâmica na estruturação da sociedade, tirando o esteriótipo negativo de que é incapaz e inútil (ARAÚJO, 2004; ARAÚJO e CARVALHO, 2004).

O pensamento elaborado pelos idosos então, sobre como se sentem diante da velhice e da doença pode variar de acordo com o grupo cultural na qual estão inseridos. Se a doença ocorre durante o envelhecimento, a responsabilidade disto poderá ser decorrente do próprio idoso ou da sociedade que não lhe deu condições de melhor qualidade de vida. O questionamento da associação entre a velhice, a doença e a saúde é algo que os idosos precisam explicitar e se fazer

entender para que não se criem idéias pré-concebidas da representação social do envelhecer.

2.4 ENVELHECIMENTO E POLÍTICAS PÚBLICAS

As mudanças na estrutura etária, que mais recentemente se expressam em termos de um progressivo envelhecimento da população, introduzem questões e desafios de maior relevância, posto que interferem tanto no volume total das demandas por serviços públicos nas diversas áreas e por emprego quanto na caracterização e na estrutura dessas demandas. Para usufruir a velhice é necessário dispor de políticas públicas adequadas que possam garantir qualidade de vida aos que atingem a terceira idade (NERI e CACHIONI, 1999)

No Brasil, a Política Nacional do Idoso (PNI), determinada pela lei orgânica da saúde, lei 8.080/90 e a Lei 8.842/94, assegura os direitos sociais deste segmento populacional e cria condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Enfocando assim, a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria ao máximo possível da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças a recuperação da saúde daqueles que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restrinuida (BRASIL, 2002).

Além da PNI foi criado também o Estatuto do Idoso para que fosse dado um tratamento adequado ao idoso, garantindo através do estado: proteção a vida e a saúde, permitindo um envelhecimento saudável e com dignidade, tornando crime a discriminação contra idosos em qualquer circunstância. Outros ganhos com o estatuto foi o fato do transporte passar a ser gratuito para pessoas acima de 65 anos, o governo como responsável em criar programas de profissionalização e também programas sociais, dentro dos programas habitacionais. O ganho de 50% de descontos em eventos culturais e lazer, além do acesso preferencial e ainda novas regras para os planos de saúde para que os idosos possam ser melhor beneficiados. Esses são alguns dos itens citados no Estatuto, que foi promulgado

específico para essa faixa etária, porque se tornaram notórios o progresso do envelhecimento populacional no Brasil e as demandas geradas por esse fenômeno.

De acordo com Verderi (2003), temos que nos conscientizar de que exercitar a cidadania é um processo permanente, e cada um deve ter consciência do seu papel como cidadão, na prevenção de doença, promoção de saúde e na Política Nacional, não esperando sempre somente que o poder público coloque em prática projetos voltados para o idoso. Dentro desse contexto, está inserida a Educação Física que por meio de seus profissionais pode ser direcionada para os idosos priorizando o bem-estar dos mesmos, como também como uma ferramenta da política pública para promover a saúde e prevenir as doenças. Para tal, faz-se necessário a abordagem do envelhecer e a atividade física.

2.4.1 ENVELHECER E ATIVIDADE FÍSICA

Definir o envelhecimento suscita muitas discussões para os profissionais que trabalham nessa área, existem teorias acerca do envelhecimento, mas não há um consenso sobre a definição desse processo. Alguns autores postulam suas próprias definições que vão desde a simplicidade do acúmulo de diversas alterações que aumentam o risco de morte (MATSUDO, 2001), ou uma série de processos que ocorrem em organismos vivos e que com o passar do tempo levam a perda da funcionalidade, adaptabilidade e eventualmente à morte (SPIRDUSO, 2004). Weineck (1991) relata que os pesquisadores do esporte e da atividade física consideram o envelhecimento como a soma das alterações biológicas, psicológicas e sociais que levam a uma redução gradual das capacidades adaptativas e de desempenho psicofísico da pessoa.

Matsudo (2001) revela que em um documento preparado para a OMS, definiu o envelhecimento como um fenômeno altamente complexo e variável que é comum a todos os membros de uma determinada espécie, é progressivo e envolve mecanismos deletérios que afetam a capacidade de desempenhar um número de funções. O autor aborda o envelhecimento sob um enfoque multidimensional e multidirecional, já que existe variabilidade nas mudanças em diferentes

características para cada pessoa.

O principal objetivo da atividade física para pessoas acima de 60 anos é o retardamento do processo de envelhecimento, mantendo um estado suficientemente saudável que possibilite uma vida com maior independência (SHEPARD, 1997; MATSUDO, 2001; DIOGO; NERI; CACHIONI, 2004). Meirelles (1999) argumenta que a conscientização de possíveis correlações entre a inatividade física e estados patológicos levou uma maior procura por parte dos idosos por programas de exercícios. Porém, a autora destaca que apenas os exercícios físicos não são suficientes e devem fazer parte de um programa preventivo, adaptado aos motivos e objetivos pessoais.

Cordeiro (2002), afirma que a capacidade funcional, em especial na dimensão motora é um dos importantes marcadores de um envelhecimento bem sucedido e da qualidade de vida dos idosos, na qual a perda dessa capacidade está associada à predição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas e de morte e à problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo, gerando cuidados de longa permanência e de alto custo

Viana (2006) destaca que além dos benefícios fisiológicos já citados, a atividade física é um importante instrumento na (re) construção da imagem corporal de idosos, pois representa muitas vezes uma reintegração social, uma identificação com um grupo de pessoas. Ao abordar essa imagem corporal dos idosos, Monteiro (2003) argumenta que ela não sofre distorções porque essas pessoas estão velhas, pois a imagem do corpo ajusta-se durante o processo de envelhecimento. Porém, quando o corpo apresenta limitação do movimento, sua imagem corporal sofre alterações. O autor relata ainda que não é a idade que traz essas alterações e sim a maneira como a pessoa vivencia suas experiências, e que as mudanças na imagem corporal estão muito mais associadas às mudanças na atividade, do que propriamente no envelhecimento. Por isso, a atividade física tem papel significativo nessa fase da vida, aumentando a autonomia do idoso, seu vigor, poder de decisão, alegria e satisfação pessoal, além do comprometimento que a pessoa passa a ter com a rotina que muitas vezes pode ser causa de adoecimento.

A partir dessas considerações surge a proposta deste trabalho que buscou saber o que as pessoas que vivenciam esse processo de envelhecimento têm a dizer, como se sentem em relação aos seus corpos, que representações atribuem a saúde, a doença ao velho e à velhice.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar as representações sociais de saúde, doença, velho e velhice para pessoas na terceira idade que são atendidas em uma Unidade Básica de Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar as características sócio-demográficas dos idosos;

Conhecer os cuidados com a saúde apontados pelos participantes e os fatores que causam dificuldades para realizá-los;

Demonstrar a relação das pessoas com a imagem corporal;

Identificar o nível de autonomia dos participantes;

Verificar se há diferença nas representações sociais entre os participantes que fazem parte de um grupo de atividade física e os que não fazem parte deste grupo.

4 MÉTODO

O método utilizado neste estudo foi o qualitativo, que de acordo com Marques et al. (2006), caracteriza-se por permitir acesso a significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, sendo dessa forma, predominantemente utilizada nas áreas das ciências sociais, principalmente em estudo que abordam as representações sociais.

4.1 LOCAL

A pesquisa foi desenvolvida, na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) São Benedito, situada na rua do Seminário, quadra 1, lote 19, Portal do Gramado, no município de Campo Grande.

As atividades desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde da Família tem por objetivo a melhora qualitativa da pessoa e se insere no nível da atenção básica, buscando promover a qualidade de vida e o bem-estar individual e coletivo por meio de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, incentivando também a participação comunitária. A UBSF conta com o Programa de Saúde da Família (PSF), que é voltado não apenas para a atenção pontual, mas também para as condições de vida da população, tendo em vista a amplitude do conceito de saúde.

Há quatro anos, a UBSF São Benedito, criou um grupo da terceira idade com o objetivo de controle de Hipertensão Arterial Sistêmica, e resolveu expandir para todos os idosos que quisessem participar devido a procura dos mesmos pelo trabalho. O grupo se reúne três vezes na semana: segundas, terças e quintas, das 14:00 as 16:00, nas segundas feiras realizam trabalhos manuais e as terças e quintas fazem atividades físicas.

A equipe que atende os idosos é multiprofissional, sendo que quem coordena as atividades é um profissional de Educação Física, as atividades são permeadas por práticas corporais envolvendo a ludicidade e promoção da interação entre os idosos, como também com alguns membros da UBSF, pois as terças e quintas feiras a unidade suspendeu o atendimento para consultas, já que o movimento da unidade é pequeno, para acolher o grupo devido ao espaço

geográfico da unidade e a proposta de interagir com os participantes.

4.2 PARTICIPANTES

Participaram desta pesquisa 20 pessoas de ambos os sexos, com mais de 60 anos, na qual 10 faziam parte do grupo de atividade física da terceira idade incluso no Programa de Saúde da Família da UBS e 10 que não faziam parte deste grupo mas eram atendidos pela UBS.

4.3 INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

Entrevista estruturada (Apêndice A), realizada de maneira individual cujo roteiro foi elaborado pela autora com base em entrevistas de outros estudos publicados. A entrevista apresentou perguntas fechadas, primeiramente abordando dados socio demográficos (idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, papel na estrutura familiar, renda familiar e número de dependentes). Tais dados são importantes, pois a partir deles, pode-se definir o grupo estudado e compreender sua localização dentro da teoria das representações sociais. A segunda parte foi composta por questões abertas sobre representação social da saúde e da doença, da velhice, do ser velho e do estilo de vida, sendo necessário em algumas perguntas acrescentar o termo “para você”, remetendo para ele a resposta, para evitar que os participantes apresentassem conceitos prontos como o da OMS, por exemplo.

Escala de Auto Avaliação da Imagem Corporal (Anexo 1) na qual, por meio das Figuras de Sorensen e Stunkard (1993 apud MATSUDO, 2005), os participantes assinalam a figura com que se parecem atualmente e com qual gostariam de ser. Os problemas que as pessoas vivenciam como doenças, restrições de movimento e influência de esteriótipos podem influenciar no nível de satisfação com a imagem corporal. Essa escala não foi utilizada com o intuito de obter dados diagnósticos ou terapêuticos e sim de relacionar com as representações sociais.

Questionário de avaliação das atividades da vida diária – *Brazilian Olders Americans Research and Services Multidimensional Functional Assesmente Questionnaire (BOMFAQ)* (Ramos et al. 1993), (Anexo 2), que avalia a dificuldade referida na realização de quinze atividades cotidianas, das quais oito são classificadas como Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD): deitar/levantar da cama, comer, pentear o cabelo, andar no plano, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro em tempo e cortar as unhas dos pés. As outras sete são consideradas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), que são: subir um lance de escada, medicar-se na hora, andar perto de casa, fazer compras, preparar refeições, sair de condução e fazer limpeza de casa. O relato de presença de dificuldade ou dependência em cada uma dessas atividades se regista independente do grau referido. Após faz-se o somatório de dificuldades e quanto menor a pontuação maior o nível de autonomia para realizar as atividades da vida diária. Para Veloz, Schulze e Camargo (1999), muitas sociedades atribuem valores relacionados com a competitividade para seus grupos, valorizando a independencia e a autonomia funcional, porém muitas dessas crenças e valores nem sempre podem ser acompanhados pelos idosos, quando se considera algumas mudanças e perdas associadas à velhice. Conhecer o nível de autonomia funcional se torna importante para identificar a representação social, pois as crenças são construídas como representações sociais.

4.4 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente, a pesquisadora entrou em contato com a responsável pela Unidade Básica de Saúde, para apresentar e explicar a sua pesquisa. Em seguida, foi realizada uma reunião na Secretaria de Assistência Social (SAS) para apresentação do Projeto de Pesquisa e assinatura da Folha de Rosto, para que o mesmo fosse autorizado e o projeto encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) para análise. Após o projeto ter sido aprovado sem restrições pelo CEP/UCDB (Anexo 3), foi apresentada a proposta da pesquisa para os idosos adscritos na região e cadastrados no Programa de Saúde da Família. Em seguida a aceitação voluntária de participar na pesquisa, o participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) de

acordo com a Resolução 196/96 do CONEP.

A pesquisa foi realizada com dois grupos de idosos distintos. Primeiro, foram entrevistados os idosos que participam do Grupo de Atividade Física da UBSF. Em seguida, os participantes realizaram a Avaliação das Atividades da Vida Diária e as auto-avaliações da imagem corporal propostas por Sorensen e Stunkard (1993). No segundo momento, os idosos atendidos pela UBSF e que não fazem parte do grupo, foram entrevistados com o mesmo procedimento.

Durante todo o tempo da pesquisa, foram realizadas observações e anotações referentes a comentários e queixas, para servirem de apoio na identificação dos relatos. As entrevistas foram gravadas com a prévia autorização dos participantes.

4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

A análise dos dados se iniciou a partir das entrevistas, que foram transcritas na íntegra, e em seguida foi realizado um agrupamento das respostas dos participantes para cada pergunta, e posteriormente, uma leitura minuciosa a fim de destacar temas que sintetizassem o conteúdo dos relatos produzidos pelos idosos. Os temas foram apresentados como categorias de respostas, e foram organizados levando-se em consideração elementos de análise próprios da teoria das representações sociais tais como informações, crenças, valores, opiniões, elementos culturais (JODELET, 2001). As categorias de respostas foram organizadas em tabelas, para uma melhor visualização dos dados, assim como foi feito com os dados sócio-demográficos.

Para análise da satisfação corporal foram comparados como os participantes se vêem e como gostariam de ser, a fim de identificar o nível de satisfação com a imagem corporal. Sua organização foi realizada em forma de quadro. Na avaliação da autonomia funcional, foi aplicado um teste com 15 atividades da vida diária e eles relataram se havia ou não dificuldade para realizá-las. E, posteriormente, verificado o nível de comprometimento funcional de acordo com a pontuação obtida, sendo que quanto maior a pontuação maior o nível de

comprometimento, os dados também foram organizados em tabela. Tanto a identificação da satisfação corporal quanto o nível de comprometimento funcional serviram de apoio na identificação das representações sociais construídas pelos idosos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos com a análise dos dados e a discussão dos mesmos. Inicialmente, será apresentado o perfil sócio-demográfico dos participantes, seguido das representações sociais de saúde e doença relatados pelos participantes, a representação social do velho e da velhice, os conhecimentos sobre as doenças que os participantes têm, assim como os cuidados com a própria saúde, a satisfação corporal e o nível de comprometimento das Atividades da Vida Diária (AVDs). Para os que participaram do grupo de atividade física, foi apresentado o que pensam sobre o atendimento que recebem e os efeitos de participarem do programa de exercícios. Os participantes que fazem parte do grupo são representados pelas letras PG seguido de um número e os que não participam pelas letras NPG também seguidos de número.

5.1 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES

O propósito deste estudo foi de identificar a representação social da saúde, doença, velho e velhice, assim como a satisfação com a imagem corporal e o nível de comprometimento nas Atividades da Vida Diária (AVD's), com o intuito de auxiliar o trabalho de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Os resultados revelam que houve uma maior participação das mulheres na presente pesquisa (75%), tanto nos participantes que freqüentam o grupo, quanto naqueles que procuram o atendimento da UBSF e não fazem parte do grupo. Esse dado está de acordo com a literatura que aponta as mulheres procurando com maior freqüência os cuidados com a saúde. Noblat et al (2004), em seu estudo, relataram que as mulheres têm maior conscientização para os cuidados com a doença e, por isso aderem mais aos tratamentos quando comparadas aos homens. Para Romero (2007), 54% das mulheres com mais de 60 anos praticam atividade física, enquanto esse índice para os homens é de 46%. Dados do IBGE (2000) apontam ainda o que os autores chamam de feminização da velhice, 55% dos idosos brasileiros são mulheres e este número aumenta em populações mais idosas.

Na Tabela 1, observamos que em relação a idade dos participantes a média geral foi de 69,4 anos sendo a média para aqueles que frequentam o grupo de

atividade física de 68,4 anos e os que não freqüentam o grupo foi de 70,8 anos, sendo as que não freqüentam um pouco mais velhas do que as que frequentam.

Tabela 1 – Perfil sócio-demográfico dos participantes da pesquisa

Partici- Pante	Idade	Sexo	Estado Civil	Escola- ridade	Ocupação	Papel na estrutura Familiar	Renda Familiar	Nº de pessoas com quem mora
PG1	66	Masc.	C	EFC	Aposentado	Esposo	+ de 1 SM	1
PG2	64	Fem.	C	EFC	Aposentado	Esposa	+ de 3 SM	1
PG3	68	Masc.	D	EFI	Aposentado	Pai	+ de 2 SM	3
PG4	68	Fem.	V	EFI	Pensionista	Mãe	2 SM	2
PG5	67	Fem.	V	AF	Pensionista	Avó	1 SM	0
PG6	66	Fem.	C	EFI	Aposentado	Mãe	2 SM	2
PG7	73	Fem.	V	AF	Pensionista	Avó	1 SM	0
PG8	77	Fem.	V	EMC	Pensionista	Avó	+ de 1 SM	3
PG9	60	Fem.	S	EFI	Do lar	Avó	+ de 1 SM	2
PG10	75	Masc.	C	EFI	Aposentado	Esposo	2 SM	3
<hr/>								
NPG1	61	Fem.	V	AF	Pensionista	Avó	+ de 1 SM	2
NPG2	62	Fem.	C	EMC	Costureira	Avó	1 SM	1
NPG3	73	Fem.	V	AF	Pensionista	Avó	1 SM	0
NPG4	74	Fem.	V	EFI	Aposentado	Avó	1 SM	0
NPG5	64	Fem.	S	EFI	Costureira	Avó	1 SM	0
NPG6	76	Fem.	V	EFI	Aposentado	Avó	1 SM	2
NPG7	60	Fem.	C	MAG	Cozinheira	Esposa	+ de 2 SM	2
NPG8	76	Fem.	V	EFI	Pensionista	Avó	+ de 3 SM	1
NPG9	87	Masc.	V	AF	Aposentado	Pai	1 SM	1
NPG10	75	Masc.	C	AF	Artesão	Avô	2 SM	1

Legenda: masculino (Masc.), feminino (Fem.), Casado (C), Solteiro (S), Viúvo (V), Divorciado (D), Analfabeto Funcional (AF), Ensino Fundamental Incompleto (EFI), Ensino Fundamento Completo (EFC), Ensino Médio Incompleto (EMI), Ensino Médio Completo (EMC), Magistério (MAG), Salário Mínimo (SM).

Podemos observar, também, na tabela 1, que o estado civil dos participantes é na maioria viúvo (50%), seguido por casado (35%), solteiro (10%) e divorciado (5%).

Em relação ao nível de escolaridade, destaca-se o alto número de pessoas na categoria analfabeto funcional (30%), denominados assim por saberem apenas assinarem o nome; principalmente no grupo de pessoas que não fazem parte do grupo de atividade física, a maioria dos entrevistados tem o ensino fundamental incompleto. Simonetti, Batista e Carvalho (2002), em seu estudo com pessoas com hipertensão, observaram que cerca de 60% das pessoas entrevistadas não tinham concluído o ensino fundamental e cerca de 11% não eram alfabetizados. Os resultados revelaram que quanto maior o nível de instrução educacional havia uma tendência para queda na média da pressão arterial. Com isso sugeriram que há uma influência da ocupação e de características de ordem social como fator de vulnerabilidade.

O baixo nível de escolaridade encontrado nesta pesquisa informa quanto ao provável nível de compreensão dessa população, pela impossibilidade de entendimento de certas ferramentas que a mídia utiliza para a divulgação de cuidados e alertas em relação à promoção de saúde. É importante notar a necessidade de uma abordagem direcionada a essa população, sendo efetiva e de claro entendimento.

A maioria dos entrevistados é de aposentados (40%) ou pensionistas (35%) e a renda familiar predominante ficou em um salário mínimo, e o seu valor, no período da pesquisa era R\$ 465,00 (quatrocentos e sessenta e cinco reais), observou-se que a renda familiar das pessoas que não participam do grupo de atividade física é maior do que as que participam. Contudo, o número de habitantes na mesma casa do participante é maior entre as pessoas que freqüentam o grupo. Isso pode evidenciar pouca diferença em relação à renda entre os dois grupos.

5.2 IDENTIFICAÇÃO DOS RELATOS

Serão apresentados os relatos produzidos durante as entrevistas. Percebe-se que o número de respostas, na maioria das vezes, não equivale ao número de participantes, pois de modo geral, cada um deles relatou mais de uma resposta. Essas foram agrupadas e apresentadas em forma de tabelas contendo as categorias

que representam as respostas de forma mais concisa como também a freqüência com que foram relatadas. Os títulos da tabelas foram as próprias perguntas feitas aos participantes, ou o tema sobre o qual a pergunta se referia. As falas que apareceram de forma isolada foram agrupadas na categoria Outros. Nas questões a respeito de saúde, doença, velho e velhice, foi utilizado de modo que remetia ao participante, como por exemplo, o que é saúde para você. A partir dos relatos, realizou-se uma classificação das respostadas dadas, de modo a organizá-las conforme o aspecto ao qual se relacionavam.

5.2.1 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

As representações sociais são teorias empregadas para analisar como se formam os conhecimentos, a partir do senso comum. Para identificar as representações sociais de saúde, de pessoas acima de 60 anos que são atendidas pela UBS São Benedito, a seguinte pergunta foi realizada: “O que é saúde para você?”. As falas dos participantes foram agrupadas em categorias, as quais foram identificadas e extraídas dos relatos dos participantes como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 – O que é saúde para você?

Categorias	N	%
Aspectos subjetivos	8	26,67
Tudo	7	23,33
Não sentir dor	5	16,67
Outros	5	16,67
Não ficar doente	3	10,00
Condições de trabalho	2	6,67
Total	30	100

Obs.: A categoria Outros agrupa falas que foram pouco mencionadas nas entrevistas, por exemplo: poder sair de casa, passear.

Os relatos mostraram que para a maioria dos participantes a saúde está relacionada com aspectos subjetivos como estar em paz, se divertir, estar de bom

humor tanto para quem freqüenta o grupo de atividade física como para quem não freqüenta. Podemos identificar nos seguintes relatos

Saúde é andar bem, comer bem e passear né. Divertir um pouco com os amigos. (PG1)

Eu acho que saúde é a gente primeiramente tá em paz né com a gente 'memo'. Tá sempre de bom humor né... acho que, pessoa 'dizê': eu tô sadio, mas viver sempre agitado,... eu acho que não tá bem sadio não né. E, também né 'podê' 'fazê 'arguma' coisa',... sai pro exemplo, se for preciso sair, 'i' em 'argum' lugar também, a gente 'podê' 'i' né 'argum' dia não vai bem tranqüilo não, mas dá pra 'i'. (PG3)

Os participantes demonstraram perceber a saúde a partir de aspectos subjetivos como estar em paz, viver bem, estar alegre. Apontaram também para as relações como aspecto importante para se definir saúde e estabelecer que se tem saúde. Foi citada a relação com os filhos, netos e poder se divertir com os amigos. O fato dos aspectos subjetivos apresentarem maior destaque entre as categorias de respostas mostra a importância dada aos participantes não apenas para os aspectos físicos como também à subjetividade. Isso pode significar uma transição do modelo biomédico para o biopsicossocial, caracterizando um avanço nas formas pelas quais os idosos dão sentido ao processo saúde-doença (STROEBE; STROEBE, 1995). Se considerarmos o fato de que as pessoas agregam de forma gradativa as práticas da comunidade, as representações sociais podem indicar uma mudança no modelo adotado pela sociedade.

Pode-se observar nos relatos que os idosos que participaram desse estudo, assim o grupo o qual estão inseridos, pois consideramos que as RS estão situadas na relação entre o individual e o social, atribuem critérios de valor para representar saúde.

Cerca de 23% (n=7) das falas apresentava a saúde como “Tudo” tanto para aqueles que freqüentam o grupo quanto para aqueles que não frequentam. Como podemos verificar nas falas.

Ter saúde é tudo que o ser humano precisa. (PG10)

É tudo. por que a gente sem saúde ‘num’ tem nada né. Então pra mim a saúde é tudo na, na vida. (NPG10)

Lima (2005) destaca que o convívio diário com a doença crônica leva a uma maior valorização da saúde, principalmente em função da preocupação com as possibilidades de agravo. Serpa (2007), ao abordar a representação social de saúde e doença para portadores de hipertensão arterial e diabetes, obteve como resultado, alguns participantes que relataram saúde como “maior riqueza da vida”, tanto para aqueles que participavam do grupo de apoio, como para os que não participavam. Dados semelhantes ao desta pesquisa, que atribuem também critérios de valor e um sentido de plenitude.

Outros aspectos também foram atribuídos para saúde como o fato de não sentir dor, obtendo 16,67% dos percentuais das representações sociais, muitas vezes baseado em informações, como mostra os relatos:

A saúde pra mim eu acho assim a gente não tá sentindo nada. Tá numa boa. Tá como ‘dize’ num tem ‘pobrema’ nenhum. Não tá sentindo dor de cabeça, dor nas perna, então... Dor no corpo. Essa eu acho que... A pressão tá normal. Essa e acho que é a saúde pra pessoa (PG7)

Sabe saúde eu acho que é a gente ‘vivê’ bem. ‘Deitá’ e ‘levantá’ sem senti dor, sem senti nada né... (PG4)

Merino e Marcon (2007), ao investigarem as concepções de saúde, observaram que tanto por parte dos homens quanto das mulheres, prevaleceu a idéia de que ser saudável está relacionado à ausência de sintomas. Esta visão de que saúde é ausência de sintomas dificulta o tratamento de doenças assintomáticas, como a hipertensão arterial, que é a doença que prevalece nas pessoas deste estudo.

Pode-se observar que os participantes desse estudo relacionaram saúde à aspectos subjetivos, o que nos remete ao modelo biopsicossocial de atenção à saúde, no entanto os idosos também apresentam representações sociais de saúde relacionadas ao fato de não sentir dor, nos levando ao modelo biomédico, o que pode indicar que apesar de novas tendências aparecerem nos relatos dos participantes, permanece ainda as representações sociais de saúde com caráter reducionista que devem ser incrementadas ao objetivarmos a promoção de saúde e prevenção de doenças.

A saúde pôde ser percebida também pelos participantes como ausência de doenças, identificado em 10% dos relatos, novamente atribuindo critérios de informação. Pois muitas vezes podemos observar até mesmo na própria Unidade Básica de Saúde, cartazes e informativos que abordam as doenças a partir de seus sinais e sintomas. Seguem abaixo alguns relatos que caracterizam a saúde como ausência de doenças.

É não ter problema de saúde, não ter doença nenhuma. Pra mim é isso (NPG7)

Não ficar doente...Porque se eu ficar doente eu fico mais incomodada. Eu fico com medo de eu fica... prejudica mais, ficando mais doente eu 'morrê' e deixa meus filhos (PG5)

A saúde definida como ausência de doenças ou sintomas, como abordado anteriormente, é considerada uma definição simplista e potencialmente perigosa se considerarmos doenças de cunho inicial assintomático, pois pode indicar que não há necessidade de adoção de medidas de prevenção, e a tendência é não aderir ao tratamento. Além disso, é importante salientar a necessidade de se considerar outros elementos relacionados à saúde, tais como a distribuição de água tratada, a rede de esgoto, a coleta seletiva do lixo e sua reciclagem, entre outros.

Nas categorias, observa-se que a saúde foi representada como condições de trabalho, tanto para quem freqüenta o grupo de atividade de física, quanto para quem não freqüenta, aparecendo 6,67% das falas. Isso pode demonstrar a

preocupação com o corpo enquanto instrumento de trabalho, atribuindo juízo de valor para essa representação social. Os relatos a seguir demonstram a RS de saúde como condições de trabalho.

[...] *O que que a gente faz sem saúde? Se eu tivesse saúde eu estava trabalhando numa firma, registrada, chegando de tarde, chegando final do mês 'recebê' meu dinheirinho. É coisa boa! Tem muita gente que reclama por que que trabalha. Reclama de barriga cheia. Por que é mal agradecido. Tem saúde pra trabalha e ganha o seu próprio dinheiro. Se eu tivesse minha saúde... Nossa! Eu criei cinco filhos trabalhando (PG9)*

É tudo né. Sem saúde não consigo trabalhar (NPG2)

Observa-se a construção da representação social de saúde a partir de aspectos funcionais. Para Bercini e Tomanik (2002), em seu estudo com mulheres de pescadores em Porto Rico, Paraná, algumas associaram a saúde como capacidade de trabalho. O corpo do indivíduo é representado como instrumento para o trabalho e quando este não pode mais desempenhar as atividades rotineiras considera que a doença está instalada, ocorrendo principalmente em pessoas de menor poder aquisitivo, envolvendo a integração à sociedade através do cumprimento das tarefas atendidas (QUEIROZ, 1993). Neste modo de representar a saúde estão envolvidos elementos de valor e culturais.

As abordagens sobre as representações sociais de saúde foram semelhantes para as pessoas que freqüentam o grupo de atividade física e para as que não freqüentam. A resposta mais comum em ambos os grupos foi a percepção de saúde por meio de aspectos subjetivos e relacionado à tudo na vida, o que nos remetem à juízos de valor, que pode ser justificado pela convivência desses participantes com restrições e preocupações decorrentes de doenças crônicas, o que os leva a valorizar a saúde.

5.2.2 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE DOENÇA

Na presente pesquisa, procurou-se identificar as representações sociais de doença para os participantes, através da pergunta: “O que é doença para você?”. Ao considerarmos as falas, foi possível identificar que a percepção da doença esteve relacionada à sintomas físicos, incapacidade de trabalho/ restrição de atividade, algo triste, péssimo e falta de cuidados, como nos mostra a Tabela 3.

Tabela 3 – O que é doença para você?

Categorias	N	%
Sintomas físicos	6	20,00
Outros	9	30,00
Incapacidade de trabalho/ Restrição de atividades	5	16,67
Algo triste	5	16,67
Péssimo	3	10,00
Falta de cuidado	2	6,67
Total	30	100

Obs.: A categoria Outros agrupa outras falas que foram pouco mencionadas nas entrevistas, por exemplo: sofrimento, coisa que não devia existir, medo da morte, coisa que coloca na cabeça, fazer extravagância.

Entre as representações sociais construídas pelos participantes, em relação ao o que é doença, os sintomas físicos aparecem em 20% das falas dos entrevistados. Entre os sintomas mencionados, os mais citados foram dor no corpo, na cabeça e na coluna. Alguns relatos abaixo apresentam tais descrições:

Doença é dor que a gente fica sentindo né. ‘Doraiada’ no corpo demais. Eu tenho essas dor assim óh – mostra onde dói- fala que num é coluna, faz os lugar não tem nada, no exame diz que não dá nada e eu então num sei. (NPG1)

A doença é quando a gente sente argum, argum mal né sobre o corpo. Pois é. (NPG6)

Doença? [...]. Você levanta com mal estar. Você já levanta com dor no corpo, dor de cabeça né. Eu penso assim. Doença é tudo que não presta. (NPG7)

Esta situação predominou nos participantes que não fazem parte do grupo de atividade física. Para Ferreira (1995, apud CANESQUI, 2003), o significado de doença se dá por meio do conjunto de sensações desagradáveis e sintomas, como cansaço, fraqueza, dor, mal estar, sono, febre, entre outros, sendo o corpo veiculador de mensagens sobre a doença. Esse modo de perceber a doença também tem relação direta com o que afirmam Adam e Herzlich (2001). Segundo os autores, a doença para as classes sociais de menor renda, localiza-se no corpo e é descrita através da utilização de categorias concretas e sensações corporais. As informações provenientes do corpo, como a percepção dos sintomas, são organizadas em sistemas dotados de sentido e constrói a representação social de doença. A doença vai além dos limites das sensações corporais, engloba as impressões sensíveis do corpo e o sentido dado a elas.

Isto demonstra um fato preocupante, pois prejudica o trabalho de prevenção de doenças. As doenças assintomáticas, como as doenças crônico-degenerativas, que mais acometem os participantes, requerem cuidados diários e de maneira preventiva, se as pessoas entendem que só estão doentes quando sentem algo, não adotam os comportamentos que previnem o agravo das doenças. Esse fato também tem sido abordado como o responsável pela busca por tratamento apenas quando essas doenças estão em estágios mais avançados, e, portanto, apresentando sintomas.

A doença também foi relacionada à incapacidade de trabalho e restrição das atividades pelos participantes de forma igualitária para os grupos, aparecendo em quase 17% das falas, como podemos observar no relato.

'Iche'. Doença é uma pessoa inválida que num, num pode trabalhar, que não pode 'andá', eu acho. Meu marido já ta quase assim, ele num 'guenta' 'andá'. (NP2)

Essa forma de perceber a doença expressa a importância do uso social do corpo como meio de existência, assim como a saúde é entendida por algumas pessoas como capacidade para trabalho. Graeff (2002) em seu estudo sobre as representações sociais da aposentadoria relatou que alguns entrevistados perceberam sua identidade correlacionada com seu *status* de trabalhador.

Schmidt e Fröhling (2000 apud COLUSSI, 2009) mencionam o uso das polaridades, nas quais as pessoas podem dicotomizar a saúde e a doença, podendo defini-las a partir de termos opostos tais como estar bem e estar mal. No caso desta pesquisa podemos observar que os idosos definem saúde como condições de trabalho e doença como incapacidade de trabalho.

Para os participantes, a capacidade de poder realizar suas atividades diárias misturam-se elementos de valor e culturais, a doença então passa a ser vista como algo que impede essa realização. O fato de relacionar a doença com a incapacidade de trabalho, ocorre segundo Oliveira e Bastos (2000), predominantemente nas classes de menor renda, pois dificulta o trabalho que é o sustento da família. Adam e Herzlich (2001) ratificam argumentando que o corpo, para as pessoas das camadas populares é instrumento de trabalho e a ameaça a esta função é o que determina o conceito de saúde e doença, pois afetam a valorização social, a dignidade, logo aquele que envelhece sem o acúmulo de posses é atingido em múltiplas dimensões.

Alves (1993) destaca que as pessoas se consideram doentes quando percebem sensações físicas ou psíquicas de mal-estar. Pode-se observar na Tabela 3, que 16,67% das repostas dos participantes, sendo a maioria que freqüenta o grupo de exercícios, a doença foi relacionada à algo triste. Podemos perceber isso nas falas a seguir.

Doença é uma coisa triste na vida da gente, né. (PG1)

Ah doença é... Doença é doença minha... Doença a gente 'ficá' às 'veiz' triste, aborrecido... (NPG8)

Nota-se que diferentemente das representações que foram mais frequentemente mencionadas na questão referente à saúde, nas quais os aspectos subjetivos foram privilegiados, em relação à doença, os participantes quando representam a doença mencionam os aspectos subjetivos como “algo triste” após considerarem os sintomas físicos e a incapacidade para o trabalho.

A representação social de doença foi construída mediante juízo de valor e de opinião. Vala (2004) argumenta a respeito do processo de objetivação, que é o meio pelo os quais os elementos que formam uma representação social se organizam e passam a expressar uma realidade, que pode se dar pela construção seletiva, tendo alguns elementos reduzidos e outros acentuados na composição da representação social. O que pode ser notado nesta pesquisa, na qual os aspectos subjetivos aparecem mais acentuados quando se refere à saúde e reduzidos quando referidos à doença.

Em 10% dos relatos dos participantes que não fazem parte do grupo de atividade física, entendem a doença como algo “péssimo”, o que leva a uma abordagem mais ampla e demonstra o quanto o estado de enfermidade atinge vários níveis da vida de uma pessoa. Como mostram os relatos.

Doença é péssimo (NP3)

*Nossa, doença é péssimo! Não gosto. Eu odeio doença. (risos)
Doença não presta, não é nada. Isso ai é de coisa ruim. (NPG5)*

Os participantes percebem a doença através da manifestação de uma opinião, assim como representaram saúde como Tudo, como plenitude, trazem aqui a doença como Péssimo, na qual observa-se novamente o uso de polaridades, por meio da expressão “não é nada” mencionado por um participante.

Aproximadamente em 7% dos relatos, dados por participantes do grupo de

atividade física, a doença faz parte de um contexto mais amplo, acontece por falta de cuidado da pessoa, dando um enfoque para a prevenção.

Doença não cuidar assim, fazer 'extravagância' né, 'bebe' bebida alcoólica, comer demais... Comer as coisas engordurada, muita fritura né. (PG6)

Essa construção da representação de doença está relacionada a elementos de informação. O fato de sensibilizar as pessoas de que elas são responsáveis pela sua saúde é algo importante para o tratamento. Cardoso (2002) argumenta que é fundamental que as informações sejam difundidas para ampliação do auto-conhecimento e a responsabilidade do paciente para consigo mesmo e com seu tratamento. A necessidade de cuidar de si mesmo pode favorecer melhores condições de vida, porém não é o único aspecto que deve ser levado em conta, devem ser considerados também os aspectos sociais e econômicos da população atendida para que as políticas públicas de saúde sejam desenvolvidas na busca de ampliar os cuidados com a saúde.

Este fato nos mostra a importância de estar ampliando as atividades das pessoas atendidas na UBS, trabalhando além das atividades físicas, metodologias participativas como as rodas de conversa, com intuito de discutir os comportamentos preventivos. Sciliar (2002) cita o processo educativo em saúde, que se dá inicialmente por meio de informação para em última instância se formar representações sociais que possibilitem a adesão aos programas propostos.

5.3 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO VELHO

Serão destacadas as representações sociais sobre o que os participantes entendem sobre o velho. Entender como o velho é percebido e representado oportuniza a compreensão de comportamentos e sentimentos para com estes, seja pela sociedade ou pelos próprios velhos.

Tabela 4 – O que é ser velho para você?

Categorias	N	%
Velho “não existe”	10	47,49
Idade Avançada/ algo inevitável	6	26,08
Incapaz	5	21,74
Algo bom	2	8,69
Total	23	100

Aproximadamente 48% das representações sociais dos participantes são que velho não existe, referindo-se com expressões como: não tem velho, as pessoas não ficam velhas, é quem se sente velho, como também ao falarem que não existe velho foi associado a algo usado que não presta, como um objeto, e usaram expressões como um “vestido velho” ou um objeto, como nos mostram os relatos:

Velho, velho eu acho que não tem velho não viu. Não tem velho na idade não. (PG1)

Ah não tem, não existe velho. Não existe velho. Velho pra mim não existe. Eu tenho 64 anos eu não sou velha não. Eu não me considero como velha. (NPG5)

Ser velho? Ah... É ser, ser pobre de espírito. Porque não tem velho. (PG2)

Velho é quem se sente velho. Eu não me sinto velha. Eu me sinto jovem. Que a minha filha mais velha... mais nova do que eu e ela é mais velha do que eu. (NPG2)

[...] eu sei é um ‘carçado’ que tá, que num presta, que jogou fora..., é roupa velha.” (PG6)

A representação de velho delineada pelos participantes por meio de juízo de valor e elementos culturais, de acordo com Veloz; Schulze; Camargo (1999) tem uma versão utilitarista, a vida desgasta-se como um objeto. Neri (1993) destaca que o desconhecimento do que significa ser velho induz a práticas com foco ideológico, contribuindo para a manutenção e propagação de mitos e estereótipos negativos acerca do velho e da velhice. É provável que a imagem negativa que surgiu nesta pesquisa sobre o velho foi construída por meio do que a autora menciona e as relações interpessoais experimentadas. Neri e Freire (2000), afirmam que é comum encontrar nos discursos dos velhos as expressões como “velho não existe”, podendo significar uma autodefesa para amenizar o desconforto psicossocial causado pela sua inclusão no grupo.

Já para Leite (2004), o fato de expressar que “não tem velho” está relacionado com a condição das pessoas se sentirem capazes de contribuir participando do contexto familiar, pois a autora relaciona esse contexto à trama de relações estabelecidas, disposição para o trabalho, história da família na memória e os projetos de vida realizados. Essa visão abordada pela autora traz os aspectos positivos dessa categoria.

O velho também foi representado por uma pessoa com idade avançada, algo que é inevitável, aparecendo em 26,08% dos relatos

Bom ‘véio’ ele é assim... Porque a pessoa já é de idade avançada.
(NPG1)

“Velho é... Velho é a vida. Chega o dia de ser velho né. Aí... Pra mim que é isso acho. Tem... ‘Nóis’ tem que chega o dia de se não morre nova tem né... Vai ficá velha né.” (NPG8)

Ser ‘veio’ é uma pessoa de idade né. (NPG9)

Ao representar o velho com uma pessoa de idade avançada percebe-se que participantes utilizam elementos culturais e de informação, pois é concepção

simples. Arruda (2007) menciona que sobre as questões da idade e da nomenclatura, antropólogos demonstram existir uma enorme variedade de denominações utilizadas por sociedades distantes para identificar pessoas com idades variadas.

A palavra velho também foi relacionada à uma pessoa incapaz, que não aguenta mais fazer as mesmas coisas, que já trabalhou muito. Como podemos observar nos relatos:

“Eu acho que ser velho e não tá mais a, a, a, é acompanhando as atividade que você fazia antes. É isso. Pra mim é isso. Já tá cansado.” (NPG7)

“Ah, o velho eu acho que ele só envelhece.... A pessoa não ‘guentô’ ‘andá’, ‘sentô’ ou ‘deitô’ ele tem que se conformado que ele é velho né. (PG4)

“É o velho que cansado que não pode ‘fazê’ nada. Que já tá esgotado da vida. (NPG4)

As representações sociais do velho como alguém que não aguenta mais fazer as mesmas coisas, uma pessoa incapaz que já trabalhou muito contém elementos culturais e de valor, devido ao fato de que a aposentaria é um direito para as pessoas, os homens com mais de 65 anos e para as mulheres acima de 60 anos, como também o fato de considerarem o corpo como meio de produzir o sustento. Esta representação social pode estar atrelada as construções das representações de saúde e doença, nas quais os entrevistados colocam a saúde como capacidade de trabalhar e a doença como restrição dessas atividades. Para Veloz, Schulze e Camargo (1999) essa representação social do velho considera o corpo como uma máquina que quando velha, incomoda e atrapalha os outros pelos efeitos da idade e possíveis doenças.

Pode ser delineada também por informações, pois desde que a vida foi periodizada baseada em premissas biológicas, estimagtizando a velhice como um

período de decadência e perdas faz com que as representações sociais acerca do velho sejam construídas por informações que circulam na sociedade e já estão inseridas. Essas informações vêm por meio da veiculação de pesquisas que indicam que os velhos apresentam mais problemas de saúde que a população geral, veiculadas por diversos canais de informações, não só no meio científico (LOPES e PARK, 2007)

A atividade na velhice, para Coury (1993), tem uma importante associação com a satisfação na vida. Aspectos positivos como a manutenção da auto-estima, devido, em parte, à sensação de pertencer a um grupo social produtivo, tem efeitos benéficos na saúde física e mental entre os mais velhos.

Velho também foi relacionado à algo bom como podemos identificar nos relatos:

... eu acho que os ‘véio’ de hoje em dia são, eu acho que são bão né. Bão ‘sê’ idoso também né. Eu penso que sim né. (NPG1)

Eu sou muito feliz... Já, já sofri muito, já... Mas tem muito pra ‘contá’. Tem muito lazer ‘bão’ que passei na minha vida. (NPG10)

Para os participantes a representação do velho como algo bom está relacionado com suas experiências e traçado através de juízo de valor. Para Neri e Cachioni (1999) a medida que o Brasil se torna mais velho, a consciência crítica sobre as questões de velho e velhice está mudando positivamente, por tanto é necessário difundir que o velho não é sinônimo de doença e novos conceitos devem ser incorporados nessa fase da vida, pensando na velhice como um processo dinâmico. Destacam também que os velhos não devem ser considerados culpados pelo seu estado de saúde, grau de atividade ou de inserção social. Torna-se pertinente que a sociedade avalie a força laborativa dos idosos, a valiosa experiência conquistada, a criatividade e a capacidade de amar e compreender, considerando esses quesitos básicos do existir. Debert (1999) sugere que a tendência contemporânea é a inversão da representação do velho e da velhice como

uma pessoa que é incapaz e um período de perdas para a conquista de novos significados, guiados pela busca da satisfação, do prazer e da realização pessoal. O autor ainda afirma que transformar os problemas do envelhecimento em responsabilidade individual, em negligência pessoa, falta de motivação e adoção de estilos de vidas com consumo inadequado é recusar a solidariedade pública entre gerações que é um dos fundamentos dos Estados modernos (Liberal/individualista) e suas políticas.

5.4 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA VELHICE

Com o intuito de conhecer como as pessoas acima de 60 anos representam a velhice foi realizada a pergunta “O que a velhice para o (a) senhor (a)?” As falas foram analisadas e agrupadas para melhor entendimento, os discursos e as relações foram algumas vezes semelhantes à representação do velho.

Tabela 5 – O que é para o senhor (a) a velhice?

Categorias	N	%
Quando não aguenta mais fazer as mesmas coisas	7	26,92
Quando está bem velho	7	26,92
Outros	8	30,77
Velhice = Velho	2	7,69
Época de alegria	2	7,69
Total	26	100

Obs.: A categoria Outros agrupa outras falas que foram pouco mencionadas nas entrevistas, por exemplo: chega quando a gente fica preocupado, setor primordial da vida, algo que assusta.

Para os participantes, a velhice está representada por uma época em que não se aguenta mais realizar as mesmas coisas que se fazia anteriormente, aparecendo em quase 27% dos relatos, como podemos observar.

Eu acho que velhice é quando já tá chegando lá né, no... Que tá 'memo' caído né. Que num... não tá 'guentando' 'memo' mais nada. (PG3)

Ah, velhice pra mim é o que eu 'tô' vivendo nela. Porque as 'veiz', muitas 'veiz' a gente tem aquela boa vontade 'qué fazê', vai 'fazê' não 'guenta', a gente tenta 'intendê'. A gente não é mais aquela pessoa de 30 anos, de 25, 30 anos, a gente tem que entende isso. (PG4)

Esses aspectos foram mencionados tanto nos participantes que fazem parte do grupo de atividade quanto para aqueles que não fazem, mas predominantemente, pelos participantes do sexo masculino, podendo ter uma relação com o trabalho. Para Faria Júnior e Ribeiro (1995), nas sociedades com características capitalistas patriarcais, os homens quando envelhecem são desvalorizados quando a capacidade de produção diminui e, no caso das mulheres, quando sua beleza estética muda, sua função reprodutiva cessa (menopausa) e as realizações das tarefas domésticas tornam-se limitadas.

A categoria que traz que a velhice é quando está bem velho, mostra um percentual semelhante à uma época de restrição, na qual não se consegue realizar as mesmas coisas, cerca de 27%. Ambas as categorias delineam elementos culturais e de valor para construir a representação social da velhice, sendo observado tanto para aqueles que participam do grupo quanto para os que não participam, conforme relatos a seguir:

A velhice. Olha e acho que é uma coisa que já tá muito velho. (PG7)

Velhice eu acho que é quando a pessoa já passa da idade também né. Quando já tá bem velho. (NPG6)

Fraiman (1995 apud ARRUDA, 2007) sustenta que a expressão velhice refere-se a um grupo de pessoas que têm muitos anos de vida e uma grande

experiência acumulada, porém uma condição visível que determina possibilidades de ação. Essa representação social é pautada em elementos culturais. Em muitas civilizações e culturas, a velhice é vista com respeito e veneração, representando a experiência, o saber acumulado ao longo dos anos, a prudência e a reflexão. A sociedade urbana moderna, porém, transforma essa condição, pois a atividade e o ritmo acelerado da vida marginalizam aqueles que não os acompanham. Nessa direção, Debert (1996) afirma que a velhice resulta na existência sem significado, estimulada pela sociedade moderna, que não prevê um papel específico a esses indivíduos. O que vem ao encontro com os achados nesta pesquisa, na qual os participantes percebem a velhice como uma época em que se tem mais idade mas também como uma pessoa incapaz de realizar as mesmas atividades.

Ocorreu por parte dos participantes uma confusão entre os termos velhice e velho, muitas vezes declarado como a mesma coisa, o que aconteceu em aproximadamente 8% das falas.

Ah é... velho e velhice é a mesma coisa.” (NPG3)

O fato dos participantes considerarem os termos velho e velhice com o mesmo sentido pode ser pelo motivo o qual Neri (2000) destaca que as expressões são rótulos criados para se tratar dos anos mais tardios da vida. São termos generalizados pela sociedade e as pessoas se autoclassificam de acordo com suas preferências pessoais, sendo as representações sociais formadas por juízo de valor.

Em cerca de 8% dos relatos foi mencionado que a velhice é uma época de alegria

A velhice é uma alegria porque quem chega lá... Até hoje né. (PG1)

A velhice pra mim... O que que é a velhice pra mim? A velhice pra mim [...] eu sou feliz com a minha velhice porque eu tenho alegria. Tanto com particular como em casa.” (NPG10)

Essa é uma visão positiva do envelhecimento, construída mediante juízo de valor, que possibilita a pessoa desenvolver os tipos de atitudes que são mais agradáveis às necessidades individuais. Para Devide (2000), é em função das representações sociais sobre a velhice que os idosos assumem práticas sociais que valorizam ou não a si próprios. Para uns, ser idoso é adoecer, começar a não enxergar bem, esquecer, sentir-se deprimido, inferior, perdendo assim o entusiasmo pela vida, enquanto que para outros é tempo de viver novas experiências e conquistas, uma vida social com amigos, viagens, ajudar os outros e desenvolver capacidades. Teixeira, Schulze e Camargo (2002) relatam que a representação social da velhice se traduz nas próprias expectativas diante das necessidades que precisam ser resolvidas.

5.4.1 DENOMINAÇÃO DO GRUPO

Para conhecer o que os participantes pensam sobre a denominação que o grupo de pessoas com mais de 60 anos vem recebendo nos dias de hoje, foi realizado o questionamento: “Com tantos nomes que recebem o grupo de pessoas que passam dos 60 anos, como terceira idade, feliz idade, melhor idade, enfim, o que acha de todos esses nomes e qual deles prefere? Por que?”. Os resultados foram agrupados para melhor análise e discussão dos dados.

Segundo Alves Junior (2005), as propostas que visam afastar o mau envelhecimento são várias e procuram camuflar e até mesmo negar o processo normal do curso da vida de uma maneira simplista. As expressões ‘terceira idade,’ ‘feliz idade’, ‘melhor idade’, ‘boa idade’, segundo o autor, afasta os verdadeiros problemas da grande maioria de pessoas que envelhecem, reforçando o modelo social que enaltece o jovem, o belo, o forte e os que detém o poder. A Tabela 6 mostra as preferências dos participantes em relação à denominação do grupo.

Tabela 6 – Preferência na denominação do grupo

Categorias	N	%
Terceira Idade	10	50,00
Melhor Idade	7	35,00
Tanto faz	2	10,00
Feliz Idade	1	5,00
Total	20	100

Quando questionados sobre qual nome os idosos preferiam, 50% disseram o nome Terceira Idade, dessas, seis não fazem parte do grupo de atividade física e quatro fazem parte, quando foi perguntado o que acham de todos os nomes e porque preferem este, as falas foram variadas, como mostram alguns relatos

Ah terceira idade. Porque a gente fala que é a melhor idade, mas 'nóis'... isso é uma tapeação pra 'nóis' 'memo'. Isso é uma tapeação pra 'nóis' 'memo'. Tudo a gente sabe que novo 'nóis' já 'fomo', nos já tivemos 10 anos, 15 anos. Que nem eu já passei dos 50 tudo uma vida vivida né? Eu sei que isso é só uma tapeação pra 'nóis' 'memo'. (PG4)

Terceira Idade, porque a melhor idade é quando a gente tem de 18 a 30 anos. Essa é a melhor idade. (PG10)

Terceira Idade. Assim é um jeito assim mais bonito de falar. (NPG1)

Ah terceira idade porque é a realidade mesmo. É a terceira idade não é verdade. Se for 'vê' é a terceira idade né. (NPG7)

Néri (2000) relata que o termo terceira idade nasceu na década de 1960, na França, quando o país começou a fazer investimentos no lazer de pessoas com mais de 45 anos, porque acreditavam que se as pessoas ficassem mais ativas o processo de envelhecimento seria melhor. Para a autora, cada país cria o seu léxico para lidar com a velhice, da mesma forma que ocorre com outros temas difíceis

como a raça e a opção sexual.

Sete participantes disseram preferir o termo Melhor Idade, sendo quatro que participam do grupo de atividade e três que não fazem parte

Melhor Idade. Eu sinto bem com essa idade que eu estou. Eu sou mais... Faço parte de mais... Participo mais da vida. (PG2)

Melhor Idade. Por que como diz, verdade que a gente quando é mais nova a gente tem mais saúde, né. Mas na idade que 'nóis' tá, 'nóis' 'num' tem tanta preocupação como 'nóis' tinha antigamente. (PG7)

Melhor idade né. Por que, olha eu tô com 60 anos e eu sou feliz assim. (PG9)

Arruda (2007) revela que a expressão melhor idade é usada com frequencia em programas ou atividades voltadas às pessoas da meia-idade e aos idosos, com caráter atrativo ou comercial, da maneira mais conveniente ao publico alvo. Locatelli (2005 apud ARRUDA, 2007) argumenta que o termo terceira idade deveria ser substituído por melhor idade, pelo fato de o idoso se encontrar munido por uma força acumulada durante os anos e que falta aos jovens. Adiciona que a expressão melhor idade se transforma em uma identidade coletiva na medida em que as pessoas passam a ser reconhecidas sob tal designação, o que levaria a uma valorização e re-significação do sentido de ser velho.

Para 10% dos participantes tanto faz o nome atribuído, não têm preferência e para um participante (5%) diz gostar do nome Feliz Idade, porque se sente assim, e dois disseram que não ter preferência.

Melhor idade, terceira idade, feliz idade... Passou dos 60...” “... tanto faz. (PG1)

O melhor termo para ser utilizado, segundo Néri (2000), é idoso, pois todos os outros são nomes dados para evitar a discriminação, entretanto são constituídos por representações sociais. Porém, os problemas que originam o preconceito é que devem ser resolvidos, não adianta a criação de outros nomes, pois escondem a negação da velhice e rejeição dos idosos, podendo ser pior, disseminando falsas crenças como se o envelhecimento fosse uma fase que pudesse ser evitada, sendo uma questão de responsabilidade social.

Considerando os mais variados termos sobre a questão da velhice, Peixoto (1998) coloca que a pessoa envelhecida conheceu uma série de modificações ao longo do tempo, uma vez que as mudanças sociais reclamavam políticas sociais para a velhice, assim como a construção ética do objeto velho.

5.5 PERCEPÇÕES DE COMO O VELHO É TRATADO NO BRASIL

Para melhor entendimento de como os idosos sentem qual o tratamento dado à pessoas acima de 60 anos, foi perguntado como o velho é tratado no Brasil, os percentuais das falas obtidas nos relatos podem ser observadas na Tabela 7.

Tabela 7 – Como o velho é tratado no Brasil

Categorias	N	%
Mal tratado	12	60,00
Bem tratado	3	15,00
Está melhorando	3	15,00
Uns tratam bem outros tratam mal	2	10,00
Total	20	100

Para 60% dos participantes o velho não é bem tratado no Brasil, como revelam os relatos a seguir:

Ah é tratado mal né. Porque as pessoa cheia de preconceito, num ‘qué’ dá serviço mais. Que às ‘veiz’ pessoa de idade tem mais capacidade pra trabalhar do que ‘quarqué’ um novo e eles fica com preconceito né. (PG6)

Olha, eu tenho visto ai muitos mal tratos. Muitos. Por que chegou uma idade ele não presta mais. De 40 anos pra cima já não trabalha por que é velho. Mas não aposenta porque é novo. Tem que ‘morrê’ de fome. Então isso aí o que é. É mal trato. Tá mal tratando porque chegou a idade mais acima. (PG9)

Mal. Muito mal. A gente vai num lugar a gente é desprezado. Vai no banco a gente não, não é tratado como é pra ‘sé’ tratado. Vai ‘quarque’ lugar que a gente vai. Depois nessa idade não é mais bem tratada. É péssimo! Vai ‘pegá’ ônibus... Joga gente da frente vai lá e senta não dá nem o banco pra pessoa idosa. É triste né.” (NPG5)

Olha eu acho que os velho não são bem tratado. Começando desde da discriminação da aposentadoria. Eu acho que eles tinham que olhar com mais carinho pra esse lado né. Por que esses dias eu ‘tava’ vendo na televisão uns velho, coitado. Eles já... Ele são velho agora sai aquele monte de velhinho, velhinho fazendo manifestação atrás de um salário melhor. Um salário mais digno, descente né. Por que é o cúmulo! Um velhinho viver com 465, um salário mínimo. (NPG7)

Na sociedade ocidental, ser velho, não confere a pessoa devido respeito e nem a isenta de ser vítima de desprezo, depreciação e ridicularização (CRUZ et al, 2003). O autor argumenta ainda que durante o envelhecimento, as possibilidades de vida plena são cerceadas não somente pelas restrições biológicas, mas também pelas representações sociais da velhice que afetam as relações de poder e de auto-estima das pessoas que ultrapassam a idade estabelecida como etapa produtiva da vida.

As políticas públicas têm um papel fundamental na contribuição para incremento da percepção de valor nas representações sociais do velho e da velhice. O fato da representação social do velho neste estudo estar atrelado aos aspectos negativos, pode ter relação no modo como são tratados, pois se não são

respeitados, não são valorizados no meio em que vivem passam a representar o velho como algo que não existe, ou que não apresenta importância social, econômica e política.

Três pessoas dizem que a situação está melhorando

Uns tempos atrás a gente era muito mal tratado agora melhorou muito. (NPG10)

“Agora tá melhor, mas antes era muito mal tratado, né. Agora tá melhor assim. A gente tem as coisas própria pro idoso né. Eu acho que tá bom.” (PG2)

Os participantes em seus relatos mostram conhecer o estatuto do idoso e o que é oferecido para eles, como por exemplo, o lugar no ônibus, gratuidade no transporte, os caixas preferenciais e as vagas em estacionamentos. Para Cruz et al (2003) o estatuto trouxe mais dignidade aos idosos o que pode melhorar o modo como se sentem e consequentemente refletir na construção de representação social de velho e velhice.

Para 10% dos participantes o velho é tratado bem em alguns lugares e mal em outros

Óh, depende né menina. Por que a gente tem lugar que é bem recebido, tem lugar que não é recebido porque é velho, cansado, é pobre, velho. Então... Tem lugar que a gente não é bem, assim sabe. Tem outros lugares que a gente é bem recebido, muita gente considera a gente por que é velho que isso aquilo. E tem outros que não né. Tem lugar que não. (NPG4)

Para Ferrigno (2002), a discriminação aos velhos é resultado dos valores típicos de uma sociedade de consumo e de mercantilização das relações sociais, como também o exagerado enaltecimento do jovem, do que é novo e descartável, além do descrédito sobre o saber adquirido com a experiência da vida.

Três pessoas dizem que o velho é bem tratado no Brasil, dizem que as pessoas o respeitam, por cederem o lugar no ônibus e por existirem os centros de convivência para idosos.

Bom eu sinto... É. Quando eu pego esse circular aqui se eu tô em pé as pessoa que tá sentada me levanta pra mim se 'assentá' né. E se eu vou 'tamém' eu pego outro ônibus tamém é a 'mesma' coisa. Eu entro a pessoa mais novo que eu... (PG5)

Ah pra mim os velhos é tratado bem né.” (NPG6)

Para a maioria dos idosos deste estudo o velho não é bem tratado no Brasil, porém para aqueles que consideram que são bem tratados nota-se a valorização de comportamentos simples por parte da sociedade, que se traduzem em respeito, como dar o lugar no ônibus. Isso nos mostra que para proporcionar dignidade aos idosos é possível começar com pequenas atitudes no nosso cotidiano que vão refletir no aperfeiçoamento das políticas públicas no futuro.

5.6 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS PARTICIPANTES

Neste tópico, buscamos identificar os problemas de saúde dos participantes de acordo com os seus relatos. Essas informações são fundamentais para que as medidas necessárias para viabilizar a promoção da saúde e a prevenção do agravo da doença. É fundamental lembrar que as representações sociais são formas de conhecimentos produzidos por determinado grupo social em relação a determinados aspectos, permitindo atribuir sentido a eles (TEIXEIRA; SCHULZE; CAMARGO, 2002). Conhecer as condições de saúde dos participantes é importante para perceber como eles elaboram a representação de saúde e doença. A Tabela 8 apresenta um quadro geral com os percentuais dos relatos.

Tabela 8 – Quais os problemas de saúde que o senhor (a) tem?

Categoria	N	%
Outros	13	31,71
Pressão alta	8	19,51
Dor nas Costas	5	12,20
Problemas de coração	3	7,32
Problema na tireoide	3	7,32
Aterosclerose	2	4,88
Diabetes	2	4,88
Dores nas pernas	2	4,88
Problema nos rins	2	4,88
Não tem problema de saúde	1	2,44
Total	41	100

Obs.: A categoria Outros agrupa outras falas que foram pouco mencionadas nas entrevistas, por exemplo: problemas no fígado, intestino, joelho e labirintite.

Em relação aos problemas de saúde que os participantes relataram ter, apenas um, não participante do grupo de atividade física, disse não ter nenhum problema de saúde. A maioria relatou ter pressão alta, sendo que esse índice é maior naqueles que não fazem parte do grupo; problema ou dor nas costas apareceu logo depois seguido de outras doenças como problemas de coração e tireóide entre outros, sendo concomitantes com outras doenças.

Nota-se que os participantes quando indagados sobre os cuidados em relação à saúde mencionam de imediato patologias e sintomas, como dor nas costas, dores nas pernas. Estes dados merecem atenção, pois indicam a relação com o modelo biomédico. Nesse ponto, pode-se retomar os dados referentes às representações sociais de saúde, que indicavam que os idosos relacionavam saúde à não sentir dor e não ficar doente. Partindo disso, a adoção de medidas de prevenção torna-se desnecessária, pois ao não apresentarem sintomas consideram-se saudáveis, portanto não há necessidade de adotar cuidados com a sua saúde. Algo perigoso já que a maioria relatou ter hipertensão, doença caracterizada como assintomática na maior parte dos casos e que requer cuidados preventivos. Nesse mesmo sentido, as representações sociais de saúde, doença, velho e velhice estão relacionadas à capacidade de trabalho ou realizar determinadas tarefas, o que indica

que enquanto as pessoas estiverem realizando essas atividades, pensam não necessitar de cuidados em relação à sua saúde. Podemos perceber elementos relacionados a crenças, valores e informações como constituintes dessas representações sociais (JODELET, 2001).

Após conhecer os problemas de saúde das pessoas participantes da pesquisa, foi indagado a respeito dos cuidados que elas têm para com esses problemas e se existe dificuldade para fazê-los.

Tabela 9 – Cuidados em relação aos problemas de saúde

Categoria	N	%
Tomar remédio	14	46,67
Cuidados com a alimentação	7	23,33
Exercícios/ caminhada/ alongamento	6	20,00
Procura o médico	2	6,67
Não pode fazer nada	1	3,33
Total	30	100

Para maioria dos entrevistados, o cuidado que eles têm relação aos problemas de saúde apresentados são de tomar o remédio, tanto para os participantes que fazem parte do grupo de atividade física quanto para aqueles que não fazem parte. O que diferenciou foi em relação aos cuidados com a alimentação e a prática de atividades físicas. Para os que não fazem parte do grupo de atividade física da UBS, o maior cuidado após tomar o remédio é o cuidado na alimentação, entre as respostas as mais citadas foram comer pouco sal, pouca gordura, não comer demaisadamente. Vale ressaltar que nenhum participante mencionou a prática de atividade física como cuidado. Para os que fazem parte do grupo de atividades da UBS, após tomar o remédio vem os exercícios, entre eles, os mais citados foram a caminhada e o alongamento, apenas um participante citou o cuidar na alimentação como cuidado. O que podemos notar é que por mais que as pessoas que freqüentam o grupo encarem os exercícios físicos como parte do tratamento, não consideram o cuidar da alimentação como uma prática preventiva,

devendo ser trabalhado durante as atividades.

Nota-se que o percentual de idosos, que consideram o fato de tomar a medicação como cuidado, é bastante alto. Pode se tratar de uma representação social na qual a medicação torna-se responsável pela melhora do paciente, o que nos remete às ações em saúde. Se as representações sociais possuem um caráter prático, orientador de condutas, como afirma Jodelet (2001), pode-se questionar como as pessoas podem trabalhar elementos de prevenção e cuidados com a saúde que não se restrinjam apenas ao uso de remédio.

Apesar da maior parte dos idosos participantes deste estudo representar a saúde a partir de aspectos subjetivos, quando se fala dos cuidados em relação à saúde remetem à fatores ligados de quando se está doente. Esses fatores criam representações sociais focadas no modelo biomédico (STROEBE; STROEBE, 1995), no qual fatores sócio-comportamentais não são incluídos nas questões de saúde, e as pessoas não possuem qualquer responsabilidade sobre seu tratamento. Tal informação pode ser considerada útil para os profissionais de saúde de modo que possam fornecer-lhes maiores informações e atenção em relação a esses cuidados.

Em relação as dificuldades mencionadas para ter esses cuidados, a maioria, cerca de 65%, mencionou o fato de ter que lembrar de tomar os remédios na hora e dia corretos, os outros 35% dos participantes disseram não encontrar dificuldades para te-los e alguns relataram ser fácil tomar esses cuidados devido ao hábito.

Os programas de prevenção de doenças e promoção de saúde voltados para os idosos devem levar em consideração as noções de prevenção que os próprios idosos apresentam, fazendo uso de tais conhecimentos de modo a alcançar os objetivos esperados para tais programas.

5.7 ABORDAGENS SOBRE O COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Este tópico abordará a capacidade funcional dos participantes utilizando o questionário de avaliação das atividades da vida diária, *Brazilian Olders Americans*

Research and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (BOMFAQ) que avalia a dificuldade referida na realização de quinze atividades cotidianas, nas quais são classificadas como Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) e as outras sete são consideradas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs). O relato de presença de dificuldade ou dependência em cada uma dessas atividades foi registrado independente do grau referido. Após, foi realizado o somatório de dificuldades, na qual quanto maior a pontuação obtida maior é o nível de comprometimento funcional. Os dados foram organizados e apresentados na Tabela 10.

Tabela 10 – Dados do Comprometimento Funcional dos Participantes

Comprometimento Funcional	PGAF		NPGAF	
	Fem	Masc	Fem	Masc
Sem Comprometimento	1	2	5	1
Comprometimento Leve	2	-	2	
Comprometimento Moderado	2	1	-	1
Comprometimento Grave	2	-	1	-

A maioria dos participantes não apresenta comprometimento funcional ou apresenta um comprometimento leve, com uma a três atividades realizadas com dificuldades. As atividades que são realizadas com mais dificuldades ou com auxílio de outra pessoa são: subir escada (1 lance), assinalado por 40% dos participantes; cortar as unhas dos pés (25%); deitar/levantar da cama (25%); medicar-se na hora e fazer limpeza de casa também foram elencadas como dificuldade para 20% dos participantes. Chamou-nos atenção para o fato de que a maioria das pessoas que não fazem parte do grupo de atividade física não apresentam comprometimento funcional, e nos que participam apenas três não sentem dificuldades na realização das AVD's e que 50% relatam ter dificuldade ou necessita de auxílio em mais de quatro atividades (comprometimento moderado e grave), para 20% dos participantes que não fazem parte do grupo de exercícios físicos. Fato discutido pelo estudo de Franciulli et al (2007), no qual observou-se que os idosos com maior comprometimento funcional procuram uma melhora nas ABVDs e AIVDs de idosos

que realizam atividades físicas.

Neri (2000) argumenta que na proporção que a longevidade aumenta, a dependência tende a aumentar devido à múltiplos fatores, na qual não pode ser estabelecido relação direta de causa e efeito. As alterações orgânicas, funcionais e psicológicas decorrentes do envelhecimento são variadas e dependem de como cada pessoa se preparou para esta etapa da vida, de sua capacidade física, da manutenção de atividades que causam prazer e desenvolvimento intelectual e pessoal, assim como da rede social que contribuem para a manutenção de sua autonomia.

Silva *et al* (2006) relatam que autonomia e dependência são aspectos que demarcam ser velho como ser dependente ou idoso como autônomo, conforme concepção de idosos. O autor ainda traz que para os idosos só é velho quem perde a capacidade de administrar seu próprio cotidiano. A dependência, por si só, não constitui um evento negativo. A pessoa pode ser ou não dependente, em diferentes etapas da vida, temporária ou definitivamente, e se configura mais relevante quando esta surge em decorrência de eventos ocorridos na etapa final da vida, e as atividades cotidianas são afetadas por esta dependência. Nesse sentido podemos retomar as representações sociais de velho nas quais foram atribuídas que velho não existe, fato que pode ser compreendido ao analisarmos o comprometimento funcional dos participantes, na qual a maioria dos participantes não apresenta dependência ou apresenta um leve comprometimento.

Diante dos pontos apresentados, os programas de assistência e promoção de saúde devem ter como objetivo proporcionar um envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do idoso pelo maior tempo possível.

5.8 CONSIDERAÇÕES SOBRE A SATISFAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL

Será abordado neste tópico, os níveis de satisfação com a imagem corporal dos participantes do grupo de idosos que participaram da pesquisa, ressaltando que a imagem corporal de idosos não sofre distorção por causa do envelhecimento, do avançar da idade e sim devido a problemas vivenciados como patologias, limitações

de movimento e influência de esteriótipos. Para Federici (2004) e Monteiro (2003), enxergar a distorção da imagem corporal sendo comum a essa fase da vida é uma visão estereotipada e preconceituosa do envelhecimento. O instrumento utilizado foram as Figuras de Sorensen e Stunkard e a imagem escolhida em como o participante se vê na atualidade é representado no quadro 1 como Situação Atual (SA) e a imagem que gostaria de ter como Situação Ideal (SI). O Quadro 1 mostra a distribuição de freqüência e percentual as escolhas da SA e SI nos dois grupos.

Quadro 01 – Distribuição da freqüência em relação à escolha da SA e SI

Silhueta	PGAF				Silhueta	NPGAF			
	SA		SI			SA		SI	
	Freq	%	Freq	%		Freq	%	Freq	%
1	0	0	1	10	1	1	10	1	10
2	0	0	2	20	2	1	10	1	10
3	0	0	4	40	3	1	10	3	30
4	5	50	1	10	4	2	20	4	40
5	3	30	2	20	5	3	30	1	10
6	2	20	0	0	6	2	20	0	0
7	0	0	0	0	7	0	0	0	0
8	0	0	0	0	8	0	0	0	0
9	0	0	0	0	9	0	0	0	0

Verifica-se que a maioria das pessoas do grupo de atividade física apontam com mais freqüência a silhueta 4 como atual e 3 como ideal, resultando em uma satisfação 1. Para os participantes da pesquisa que não participam do grupo de atividade física foi escolhido pela maioria a silhueta 5 como atual e a 4 como ideal, resultando também em satisfação 1. Destacando que dos quatro participantes do sexo masculino que fizeram a escala, três apontaram a mesma silhueta como atual e ideal, demonstrando satisfação com a imagem corporal.

A percepção que temos do nosso corpo é influenciada pelos conceitos e valores da sociedade, e se estrutura também através do contato social. Formamos essa imagem a partir de nossas sensações: visual, auditiva, olfativa, gustatória e sômato-sensitiva, mas somos influenciados pelo que a sociedade pensa e idealiza sobre o nosso corpo (SCHILDER, 1999; TAVARES, 2003). Para que a imagem corporal se relacione concretamente com o corpo real, é preciso que se transcedam

os elementos sociais e culturais (TAVARES, 2003).

Neri (2000) coloca que o envelhecimento na sociedade atual está carregado de estereótipos associados apenas nos declínios físicos. Durante a velhice a imagem corporal pode sofrer distorções devido à visão negativa em relação à velhice, baseada na falsa idéia de que envelhecer gera sempre incompetência. Nesta pesquisa as representações sociais de velho e velhice, assim como saúde e doença foram construídas sobre a incapacidade de realizar as coisas que faziam anteriormente, como afazeres domésticos e o trabalho. Se a pessoa idosa sofre influência, seja de doenças e declínios físicos, nos quais ficam mais susceptíveis na velhice, seja pelos estereótipos sociais, sua imagem corporal altera-se durante a reconstrução (TAVARES, 2003), o que pode explicar a quantidade de pessoas que apresentam insatisfação corporal neste estudo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo das representações sociais tem sido ampliado no campo da saúde. Considerando que a população brasileira de idosos aumenta cada vez mais e no intuito de contribuir para a compreensão do envelhecimento se faz necessário um melhor entendimento dessa fase da vida, especialmente quando se pensa em propostas de intervenção. Conhecer as representações sociais de saúde, doença, velho e velhice, suas implicações, abrangendo as questões sociais e econômicas, favorece o trabalho realizado com essa população, norteando as ações que proporcionarão qualidade de vida aos idosos e os auxiliando no exercício de cidadania, tendo em vista que o espaço da sociedade hoje é voltado ainda para a juventude, beleza, e a força de trabalho produtivo.

Tem sido crescente a utilização das teorias das representações sociais, na realização de estudos relacionados a diferentes áreas, em especial nos estudos relacionados à saúde. Essa escolha se dá, por inúmeros motivos, mas principalmente, pelo fato de que as representações sociais construídas pelas pessoas norteiam suas ações.

Em relação aos dados sociodemográficos, a média de idade dos participantes foi 69,4 anos e eram aposentados ou pensionistas, destacando que a maioria era viúva. Quanto ao nível de instrução escolar observa-se o grande número de pessoas com analfabetismo funcional e grande parte com o ensino fundamental incompleto. Em relação a renda familiar, esta se concentrou na média de um salário mínimo. Dados esses que podem ser considerados como um empecilho para o tratamento, pois renda e grau de instrução educacional são fatores que influenciam a adoção de hábitos de vida mais saudáveis, observando que a renda familiar daqueles que fazem parte do grupo de atividade física é um pouco maior do que a do outro grupo.

Quando se fala em trabalhar com promoção da saúde e prevenção de doenças é fundamental identificar as representações sociais da saúde e da doença, como também para compreender a construção das representações de velho e velhice. Não houve diferenças entre os grupos na representação, sendo a saúde entendida por grande parte dos idosos do estudo, como aspectos subjetivos, o que nos traz uma nova perspectiva pois mostra uma transição do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial, o que vai além das definições fisiológicas e biológicas. Porém, ao definirem a representação social de doença utilizaram-se de aspectos

físicos mais do que os subjetivos, o que pode ser um alerta para a falta de atenção que se costuma dar aos aspectos subjetivos como característicos de enfermidades que requerem cuidados.

A saúde também foi representada por percepções corporais, como ausência de sintomas e doenças. Fato esse preocupante, pois como outro dado apresentado foi a incidência da hipertensão arterial, doença que comumente não apresenta sintomas, faz com que a adesão ao tratamento fique comprometida, assim como a prevenção do agravio da patologia. Para essas pessoas, não sentir algo, não perceber os sintomas, significa que estão saudáveis, não existindo portanto a necessidade de se cuidar.

O processo saúde e doença também foi relacionado a capacidade de trabalho, ocorrendo quando os participantes consideram o corpo como instrumento de trabalho. Este fato dificulta a adesão aos programas de prevenção, pois enquanto considerarem capazes de desenvolver as atividades, não precisam tomar medidas preventivas e nem comportamentos de promoção da saúde. Ao falarem sobre os cuidados que têm em relação à saúde, a maioria relatou tomar a medicação. O fato dos participantes mencionarem cuidados médicos quando questionados sobre os cuidados com a saúde nos remete novamente ao modelo biomédico e pode indicar que esse seja o cuidado mais divulgado entre essas pessoas. Acrescenta-se também que ele é mais fácil de ser adotado quando comparado às dificuldade de adesão aos hábitos de vida mais saudáveis.

Ao representarem o velho o mesmo foi entendido como termo pejorativo, palavras como “algo usado”, que “não presta” e pode “jogar fora” apareceram constantemente, assim como elementos que colocam que o velho “não existe” ou é um “estado de espírito”. O entendimento de pessoa com idade avançada também apareceu. Velho também foi relacionado à incapacidade, cansaço e doença, assim como uma fase que assusta pelo medo de perder a independência. Isto está atrelado às representações que os participantes têm em relação ao processo saúde e doença, delineados por elementos culturais, juízos de valor e informações.

Apenas para algumas pessoas, a velhice é considerada como algo positivo e uma fase que podem ser feitas novas conquistas. Para a maior parte dos idosos deste estudo a velhice está representada por período no qual não se agüenta mais

fazer as mesmas coisas, está representação foi construída por elementos culturais os quais trazem que em quanto a pessoa está produzindo não chegou na última fase do ciclo da vida e ao se “aposentar” fica recluso aos “aposentos” entre no período final da vida. Também representam velhice como quando se está bem velho e alguns relatam ser a mesma coisa de velho. O termo que eles preferem para denominar o grupo de pessoas que passam dos 60 anos foi o de terceira idade, trazendo a justificava de ser um termo mais real.

No que se refere aos problemas de saúde, a maioria, relata ter hipertensão arterial, seguido de dor nas costas, e outras doenças como osteoporose e diabetes. Em relação aos cuidados, os dois grupos relataram tomar os remédios como cuidado principal, para o grupo que não realiza as atividades físicas cuidar da alimentação foi o segundo cuidado mais citado e para os que realizam, os exercícios ficaram em segundo lugar. Ambos os grupos disseram que a maior dificuldade é lembrar de tomar os medicamentos no dia e horários corretos. Verificou-se também, o nível de autonomia dos participantes, a maior parte das pessoas que não fazem parte do grupo de atividade não tem nenhum comprometimento funcional (60%) e do grupo que realiza as atividades físicas, têm em sua maioria o comprometimento de uma a três atividades. Acrescentando que as representações sociais de velho como algo que não existe, podem estar atreladas ao alto índice de idosos com autonomia, pois ao considerarem o velho como alguém incapaz e sendo pessoas independentes não se colocam nessa categoria.

Quanto a satisfação com a imagem corporal, os dois grupos se mostraram insatisfeitos com sua aparência tendo a preferência por uma silhueta mais magra. Houve diferenças entre as mulheres e os homens, esses mostraram-se 75% satisfeitos com a aparência que têm.

Estas informações são importantes para os profissionais da saúde, assim como para os profissionais de outras áreas, pois podem se perceber despreparados para atenderem os idosos. A partir desses entendimentos pode-se estabelecer trabalhos que permitam que os idosos desenvolvam suas capacidades para tornarem-se atores sociais ativos no cuidado com sua saúde, assim como estratégias que devem ser adotadas pela própria Unidade Básica de Saúde, como por exemplo os cartazes, folders e informações dadas pelos profissionais, pois pode-se perceber que algumas representações são formadas por elementos de

informação. As práticas devem reforçar os comportamentos preventivos, como também o conceito de cidadania, que faz parte dos princípios da atenção básica em saúde.

Os dados apresentados são específicos para a população que participou da pesquisa e se faz necessário que novas pesquisas sejam realizadas para que seja possível identificar nas práticas sociais da vida cotidiana, possíveis elementos de mudança das representações sociais do velho e da velhice as consequências positivas na construção desse processo de envelhecimento. Destaca-se a importância de buscar as representações relacionadas à inserção do velho no contexto familiar e a busca por políticas públicas que favoreçam um melhor acesso ao tratamento de saúde e o envelhecimento com mais dignidade.

Este estudo proporcionou uma visão integrada do contexto de velho e envelhecimento para grupos de pessoas diferentes e atendidos pela UBSF, sob o olhar das representações sociais de saúde e doença, do velho e velhice, possibilitando-me maiores condições de adequar programas de promoção e prevenção, trabalhando com outras estratégias além das atividades físicas atendendo às necessidades dos idosos.

REFERÊNCIAS

ACSM. *Manual de pesquisa das diretrizes do American College Sports Medicine, teste de esforço sua prescrição*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003

AGUIAR, M.G.G.; NASCIMENTO, M.A.A. *Saúde, doença e envelhecimento: representações sociais de um grupo de idosos da Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) – Feira de Santana-BA*. Textos Envelhecimento. V. 8, n. 3. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em:
http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000300004&lng=pt&nrm=iso Acesso em 20 fev 2009.

ALMEIDA FILHO, N.; JUCÁ, V. *Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Broose*. Ciência & Saúde Coletiva, Brasília, v. 7, n.4, p. 879-89, 2002.

ALVES JUNIOR, E. D. Envelhecer e Participar de Atividades Associativas na Universidades. Disponível em:
<http://www.castelobranco.br/pesquisa/docs/edmundodrummond>. Acesso em 25 fev 2009.

ARAÚJO, K. B. G. *O resgate da memória no trabalho com idosos: o papel da educação física*. Campinas, São Paulo: dissertação de mestrado, 2001.

ARAÚJO, L. F.; CARVALHO, V. A M. *Velhices: Estudo Comparativo das Representações Sociais entre Idosos de Grupos de Convivências*. Textos sobre Envelhecimento, v. 1, n. 6, 2004, ARAÚJO, L. F. ; CARVALHO, V. A M. *Velhices: Estudo Comparativo das Representações Sociais entre Idosos de Grupos de Convivências*. Textos sobre Envelhecimento, v. 1, n. 6, 2004, pp. 57-75.p. 57-75.

ARRUDA, I. E. A. Reflexões sobre o Idoso e o Programa Universidade da Terceira Idade. RBCEH. Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 94-113, 2007. Disponível em :
<http://www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/134/106> Acesso em 13 de nov 2009.

BALU, D. *Você sabe o que é Sarcopenia?*. Disponível em:
http://webrun.uol.com.br/home/index.php?destinocomum=nutricao_mostra&id_noticias=4303&id_eventos=> Acesso em 9 de jun. 2007.

BARALDI, G. S.; ALMEIDA, L. C.; BORGES, A. C. L. C. Perda auditiva e hipertensão: achados em um grupo de idosos. Rev Bras Otorrinolaringol. V.70, n.5, 640-4, set./out. 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v70n5/a10v70n5.pdf>. Acesso em 28 ago 2007.

BERCINI, L. O.; TOMANIK, E. A. *Aspectos sobre saúde, ambiente e representações sociais na população de Porto Rico, Paraná*. In: AGOSTINHO, A. A. et al. (Coords.). *Pesquisas ecológicas de longa duração: relatório anual 2002*. Maringá, 2002. p. 219-222. Disponível em:
http://www.peld.uem.br/Relat2002/pdf/comp_social_econ_aspectos.pdf. Acesso em: 26 jan. 2009.

BERQUÓ, E. Condições sobre o envelhecimento da população no *Brasil*. In: NERI, A. L.;DEBERT, G.G.(Org) *Velhice e sociedade*. Campinas: Papirus, 1999.

BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 8 mar. 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br>>. Acesso em: 29 jun 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Auditoria. *Idosos já são quase 10% da população brasileira, diz subsecretário em audiência no Senado* (13/06/2007). Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/noticias.cfm?id=3801>. Acesso em 28 jun 2007.

_____. Ministério da Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/eticapesq.htm>. Acesso em 06 abr 08.

CAMARANO, A. A., PASINATO, M. T. O Envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CANESQUI, A.M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. *Ciencia e Saúde Coletiva*. v. 8, n. 1. Rio de Janeiro, 2003.

CARVALHO, J.; SOARES, J.M.C. *Envelhecimento e força muscular - breve revisão*. Revista Portuguesa de Ciências do Desporto, v.4, n 3: 79-93, 2004.

CHEN, S.R.; NEVES, L.F. *Atenção à saúde do idoso com deficiência*. 2002. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/deficiencia/0010/Saude_idoso_com_deficiencia.pdf> Acesso em: 15 fev 2007.

COELHO, M. I. A. D; ALMEIDA FILHO, N. de. *Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica*. História, Ciência, Saúde, Manguinhos/RJ, v. 9, n. 2, p. 315-322, maio/ago., 2002.

CORDEIRO RC, DIAS RC, DIAS RC et al. *Concordância entre observadores de um protocolo de avaliação fisioterapêutica em idosas institucionalizadas*. Rev de Fisioter 2002; 9: 69-77.

COLUSSI, C. B. *As representações sociais de saúde e doença para crianças de uma escola em Campo Grande/MS*. 2009 142 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2008.

CORAZZA, M. A.. *Terceira idade e atividade física*. São Paulo: Phorte, 2001.

COURY, H. Satisfação no trabalho e satisfação na vida: questões teóricas e metodológicas. In: NERI, A.L. (Org). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papirus, 1993.

DEBERT, G. G. *As representações (estereótipos) do papel do idoso na sociedade atual*. In: Seminário Internacional “Envelhecimento Populacional: Uma agenda para o final do século”, 1996, Brasília. Anais: Ministério da Previdência e Assistência Social, p. 35-45, 1996.

DEVIDE, F.P. *Velhice... Espaço Social de Aprendizagem: Aspectos Relevantes para Intervenção da Educação Física*. Motriz, v. 6, n. 2, p.65-73, 2000.

DIOGO M.J.; NERI A.L.; CACHIONI M. *Saúde e Qualidade de Vida na Velhice*. Campinas: Alinea, 2004.

DUARTE, L. T. *Envelhecimento: processo biopsicossocial*. Disponível em: <http://www.psiconica.com/psimed/files/envelhecimento.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2007.

DUVEEN, G. Crianças enquanto atores sociais: as representações sociais em desenvolvimento. In: GUARESCHI, P. A.; JEVCHELOVITCH, S. (Orgs.). *Textos em representações sociais*. 8 ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 1995. p.261-293.

ENUMO, S. R. Pesquisas sobre psicologia e saúde: uma proposta de análise. In: TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, A. N. (Orgs.). *Psicologia e saúde: um campo em construção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 11-31.

ESPÍRITO SANTO, G. *Representações sociais da saúde dos professores de Educação Física que atuam em academias do Rio de Janeiro*. 2005. 218 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 2005.

FARIA JÚNIOR, A. G.; RIBEIRO, M. das G. C. *Idosos em Movimento: Mantendo a Autonomia*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1995.

FEDERICI, E.S. *Imagen corporal de Idosos Praticantes de um Programa de Educação Física*. Dissertação de Mestrado. Escola de Educação Física e Esportes, USP, 2004.

FERRARI, M. *Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade*. In: NETO, M. P. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 2005.

FRANCIULLI S.E. et al. *The Geriatric Day-Care assistance mode: functional effects in a six month multidisciplinary health care program*. Cienc Saúde Coletiva. 2007; V. 12, n. 2. p.373-80.

GRAEFF, L. Representações sociais da aposentadoria. Textos Envelhecimento; V.4, n.7. Rio de Janeiro, 2002.

GUARESCHI, P. A. Psicologia social e representações sociais: avanços e novas articulações. In: VERONESE, M. V.; GUARESCHI, P. A. (Orgs.). *Psicologia do cotidiano: representações sociais em ação*. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 17-40.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physys: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, suplemento, p.57-70, 2005.

FERRIGNO, J. C. *O estigma da velhice. A Terceira Idade*, v. 13, n. 24, p. 49-56, 2002.

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2001. Censo Demográfico, 2000. Rio de Janeiro: IBGE.

ILKIV, T. F. *Avaliação da aptidão física de idosos do Centro de Convivência da Melhor Idade do Município de Monte Alto - Franca/SP*, 2005. Disponível em: http://www.unifran.br/mestrado/promocaoSaude/dissertacoes/2005/THIAGO_ILKIV.pdf. Acesso em: 12 fev. 2007.

JODELET, D. *Representações sociais: um domínio em expansão*. In: _____ . As Representações sociais. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.p.17-44.

KURODA Y, ISRAELL S. *Sport and physical activities in older people*. In: Dirix A, et al. (Orgs).The olympic book of sports medicine. 1st ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1988.

LAPLANTINE, F. Antropologia dos sistemas de representações da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz de uma experiência brasileira. In: JODELET, D. (Org.). As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.241-259.

LARIA, C. T. *O envelhecimento* – Conferência de abertura do I Simpósio Anual do Serviço de Geriatria do HC-FMUSP, 2001. Disponível em: http://www.neuroinfo.fm.usp.br/pessoas/ctiaria/Timo-laria_Envelhecimento.pdf. Acesso em: 7 abr. 2007.

LEITE, I. L. Gênero, família e representação social de velhice. Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina, 2004.

LEME, L. E. G. *O envelhecimento*. São Paulo: Contexto, 1997.

LEHR, U. *A revolução da longevidade: Impacto na sociedade, na família e no indivíduo. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v.1, p. 7-35, 1999.

LOPES, E.S.L.; PARK, M.B. *Representação social de crianças acerca do velho e do envelhecimento*. Estudos de Psicologia, V.12, n.2, p.141-148, Campinas, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n2/a06v12n2.pdf>> Acesso em 15 maio 2009.

LORDA, R. C. *Recreação na terceira idade*. Rio de Janeiro: Sprint, 1995.

MARQUES, H. R. et al. *Metodologia da pesquisa e do trabalho científico*. 2. ed. Campo Grande: UCDB, 2006.

MATSUDO, S.M.M. *Envelhecimento e Atividade Física*. Londrina: Midograf, 2001.

- MCARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. *Fisiologia do exercício - energia, nutrição e desempenho humano*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- MEDEIROS, F. P.; BERNARDES, G. A.; GUARESCHI, F. M. N. O Conceito de Saúde e suas Implicações nas Práticas Psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Porto Alegre, v.21, n. 3, p. 263-69; 2005.
- MEIRELLES, M. E. A. *Atividade física na 3ª idade*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Sprint, 1999.
- MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. *As representações sociais e a experiência da doença*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1207-1214, out., 2002.
- MERINO, M.F.G.L.; MARCON, S.S. *Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte*. Revista Brasileira de Enfermagem, V. 60, n. 6, p.651-658, 2007.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abraso, 2000.
- _____. *Saúde e doença como expressão cultural*. In A. A. FILHO; M. C. G. B. MOREIRA (Orgs.). *Saúde, trabalho e formação profissional*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.
- _____. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). *Textos em representações sociais*. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 89-111.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 21-32, 1997. Suplemento 2.
- MONTEIRO, P.P. *Envelhecer: histórias, encontros e transformações*. 2ª ed. Belo Horizonte: editora Autêntica, 2003.
- MORAGAS, R., As relações intergeracionais nas sociedades contemporâneas. A terceira idade, v.16, n.27, maio de 2004. SESC Sp.
- MOREIRA, M. M. *O envelhecimento da população brasileira em nível regional; 1940-2050*. In: XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Anais, pp. 3030-3124, Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1998.
- MORIGUCHI, E. *Envelhecer não é um castigo, é uma conquista*. In: Envelhecimento Bem Sucedido. Revista do Instituto Humanistas Unisinos, 2006. Disponível em : < <http://www.unisinos.br/ihuonline/uploads/edicoes/1163447848.37pdf.pdf> > Acesso em 25 mai 2009.
- MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes, 2003.

NERI, A. L. *Envelhecer num país de jovens: significados de velhos e velhice segundo brasileiros não idosos*. Campinas: UNICAMP, 1991.

_____. *Qualidade de vida e idade madura*. 5ed. Campinas, SP: Papirus, 1993.

_____. Teorias psicológicas. In: FREITAS, E. V. de. Et al (orgs) *Tratado de Geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan, 2002.

NERI, A. L.; CACHIONI, M. Velhice bem-sucedida. In: NERI, A. L.; DEBERT, G. (org.). *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papirus, 1999. p. 113-140

NERI, A.L; FREIRE, S.A. (Orgs.). *E por falar em boa velhice*. 2ed. Campinas,`SP: Papirus, 2000.

NOBLAT, A. C. B. et al. *Complicações da hipertensão arterial em homens e mulheres atendidos em um ambulatório de referência*. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 308-313, out., 2004.

NOBREGA, A.C.L et al. *Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso*. 1999. Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=pt-BR&lr=&q=cache:mtfGsM7u1MoJ:www.medicinadoesporte.org.br/SBME_PosicionamentoOficial_1999_AtividadeFisicaeSaudenoldoso.pdf+lazer+e+esporte>. Acesso em: 5 jan. 2007.

PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia*, São Paulo: Atheneu, 1996.

PAPALIA, D.E.; OLDS, S.W. *Desenvolvimento Humano*. 7^a ed. São Paulo: Pioneira, 2000.

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

PRADO, L. A. *O conceito de Saúde ao longo da história*. (03/04/2009). Disponível em: http://www.multirio.rj.gov.br/portal/area.asp?box=N%F3s+da+Escola&area=Na+sala+de+aula&objeto=na_sala_de_aula&id=72772. Acesso em 15 mai 2009.

QUEIROZ, M. S. *Saúde e doença: um enfoque antropológico*. Bauru: EDUSC, 2003.

Relatório da ONU sobre o envelhecimento alerta para 2050 (21/06/2007). Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/ultnot/afp/2007/06/21/ult34u184004.jhtm>> Acesso em:25 ago 2007.

ROSA, D. M. S. *A doença como processo de individuação*. Psicologia: argumento, Curitiba, v.21, n. 33, p. 39-46, 2003.

SÁ, C. P. *Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria*. In: SPINK, M. J. *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SANTOS, A. F. et al. Representações sociais do processo saúde-doença entre nefrologistas e pacientes renais crônicos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 6, n. 1, p. 57-67, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v6n1/v6n1a04.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2008.

SANTOS, S. J. *Avaliação sócio-demográfica e níveis de saúde física e mental de cuidadores de um programa de atendimento domiciliar*. 2006. 191 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2006.

SANTOS, Z. M. S. A; SILVA, R.M. *Hipertensão Arterial: Modelo de educação em saúde para o autocuidado*. Fortaleza: UNIFOR, 2002.

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

SCLIAR, M. *Do mágico ao social: trajetória da saúde pública*. São Paulo: SENAC, 2002.

_____. *História do Conceito de Saúde*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 29-41, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003. Acesso em 15 mai. 2009.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2008.

SERPA, A. F. W. G. *Representação social de saúde e doença para portadores de hipertensão arterial e diabetes*. 2007. 130 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2007.

SHEPARD, R.J. *Aging, physical activity and health*. 1a ed. Champaign: Human Kinetics, 1997.

SILVA et al. *Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária emidosos da cidade de Fortaleza – Ceará*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a12v19n2.pdf>> Acesso em 17 de nov de 2009.

SIMÕES, R. *Corporeidade e Terceira Idade: a marginalização do corpo idoso*. Piracicaba: Uimep, 1998.

SIMONETTI, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. *Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p.415-422, jun. 2002.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial.

Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, 1993.

SPINK, M. J. P. *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SPINK, M. J. P. *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes, 2003.

SPINK, M. J. P.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. In: SPINK, M. J. P. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricos metodológicas*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 17-39.

SPIRDUSO, W. W. *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. São Paulo: Manole, 2004.

STROEBE, W.; STROEBE, M. S. *Psicología social e salud*. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

TAVARES, M. C. G. C.. Imagem corporal: conceito e desenvolvimento. São Paulo: Manole, 2003.

TEIXEIRA, M. C. T. V., SCHULZE, C. M. N., CAMARGO, B. V. *Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de Saúde*. Estudos de Psicologia. Natal: , v.7, n.2, p.351 - 359, 2002.

VELASCO, C. G. *Aprendendo a Envelhecer à luz da psicomotricidade*. São Paulo: Phorte, 2006.

VELOZ, M. C. T.; SCHULZE, C. M. N.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 4 1999.

VERDERI, Érica. *O corpo não tem idade*. Jundiaí-SP: Fontoura, 2003.

VIANA, H.B. *Atividade Física, Envelhecimento e Imagem Corporal*. In: TAVARES, M.C.C.(Org.) *O Dinamismo da Imagem Corporal*. São Paulo:Phorte, 2006.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. *Entre Newton e Einstein: desmedicalizando o conceito de saúde*. Ribeirão Preto: Holos, 2000.

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

WEINECK, J. *Biologia do esporte*. São Paulo: Manole, 1991.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Idade: Sexo: Estado Civil:

 - Escolaridade:
 - Ocupação:
 - Papel na estrutura familiar:
 - Renda familiar:
 - Número de pessoas que moram com o (a) senhor (a)

2. O senhor (a) participa do grupo de atividade física na UBS?
() Sim () Não Há quanto tempo?

3. Quais os problemas de saúde que o senhor (a) tem?

4. Com relação à esses problemas, quais os cuidados que o senhor (a) tem?

5. Existe alguma dificuldade para ter esses cuidados?

6. O que é saúde para você?

6. O que é doença para você?

7. Com tantos nomes que recebem o grupo de pessoas que passam dos 60 anos, como terceira idade, feliz idade, melhor idade, enfim, o que acha de todos esses nomes e qual deles prefere? Por que?

8. O que é ser velho para você?

9. O que é para o senhor (a) velhice?

10. Para o senhor (a) como o velho é tratado no Brasil?

QUESTÕES PARA OS PARTICIPANTES DO GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA

11. Como o senhor (a) chegou no grupo de atividade física?

12. Como é para o senhor (a) participar do grupo de atividade física na UBS?

13. Como é o atendimento que o senhor (a) recebe no grupo?

14. O que mais gosta e menos gosta de fazer no grupo?

14. Algo mudou na sua vida depois que passou a frequentar o grupo?

Sim Não O que?

15. O senhor (a) participa de outros grupos?

16. O senhor (a) gostaria de falar mais alguma coisa que não foi mencionada?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO⁴

1 TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA:

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE E DOENÇA, VELHO E VELHICE PARA IDOSOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

2 PESQUISADOR(A)

Nome: Márcia Cristina Bortoleto Rotta.

CPF: 796208581-72 RG: 000760663 SSP/MS Telefone: (67) 8401-4136

Endereço: Rua do Livramento nº439 Bairro Cel Antonino Cidade: Campo Grande/MS

3 ORIENTADOR (A):

Nome: Prof^a Dr^a Angela Elizabeth Lapa Coêlho

CPF: 308688744-34 RG: 183924 SSP/PB Telefone: (67) 3312-3585

Endereço: Av. Tamandaré nº 6000 – Jardim Seminário Cidade: Campo Grande/MS

4 OBJETIVOS DA PESQUISA:

Identificar as representações sociais de saúde, doença, velho e velhice para pessoas na terceira idade, residentes na região e cadastradas na UBSF São Benedito, que fazem parte de um grupo de atividade física e outras que não fazem parte deste grupo e são atendidas pela unidade.

⁴ O modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é de responsabilidade do pesquisador e seu conteúdo deve responder a dois critérios fundamentais: assegurar ao pesquisador a autonomia para publicação dos resultados alcançados pela pesquisa e assegurar aos sujeitos que serão submetidos à pesquisa o direito de manifestar e apoiar ou não o que estiver sendo apresentado na posposta.

5 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA:

Conhecer as representações sociais do envelhecer para o idoso, o que buscam nesta fase da vida, como é ser velho no Brasil, suas concepções de saúde e doença, como vêem e entendem seus corpos, como os programas de atividade física interferem nesse processo, na sua autonomia, são indagações que vão oportunizar o (re) conhecimento do idoso e da velhice.

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:

Serão convidadas as pessoas acima de 60 anos que estão cadastradas na Unidade Básica São Benedito e em seguida serão agendadas as entrevistas e aplicação dos testes. No decorrer da pesquisa serão realizadas observações e anotações em diário de campo para apoio em posterior análise das informações colhidas.

7 POSSÍVEIS DESCONFORTOS E RISCOS:

As pessoas que participarão deste estudo, poderão sentir-se desconfortáveis e/ou fragilizadas por abordarem temas relacionados as suas próprias condições de saúde ou doença e até mesmo físicas. Sentimentos provocados pelo processo de envelhecimento que podem ocorrer no decorrer do estudo.

8 POSSÍVEIS BENEFÍCIOS ESPERADOS:

Os participantes serão oportunizados a falar sobre o que sentem em relação a velhice, o que é ser velho, as condições de saúde e doença que vivenciam, destacar as suas necessidades, opinarem sobre o que pode ser melhorado na suas vidas e nos cuidados que recebem da Unidade Básica de Saúde.

Considerando as informações constantes dos itens acima e as normas expressas na Resolução nº 196/96 do **Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde** consinto, de modo livre e esclarecido, participar da presente pesquisa na condição de participante da pesquisa, sabendo que:

1 A participação em todos os momentos e fases da pesquisa é voluntária e não implica quaisquer tipos de despesa e/ou ressarcimento financeiro. Em havendo despesas operacionais, estas deverão estar previstas no Cronograma de Desembolso Financeiro e em nenhuma hipótese poderão recair sobre o sujeito da pesquisa e/ou seu responsável;

2 É garantida a liberdade de retirada do consentimento e da participação no respectivo estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa;

3 É garantido o anonimato;

4 Os dados coletados só serão utilizados para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em livros, ensaios e/ou artigos científicos em revistas especializadas e/ou em eventos científicos;

5 A pesquisa aqui proposta foi aprovada pelo **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**, da **Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)**, que a referenda e

6 O presente termo está assinado em duas vias.

Campo Grande-MS _____ / _____ / _____

1) _____

Nome e assinatura do (a)

() Sujeito da pesquisa

() Responsável pelo participante

Meio de contato: _____

2) _____

Nome e assinatura do (a) pesquisador (a)

3) _____

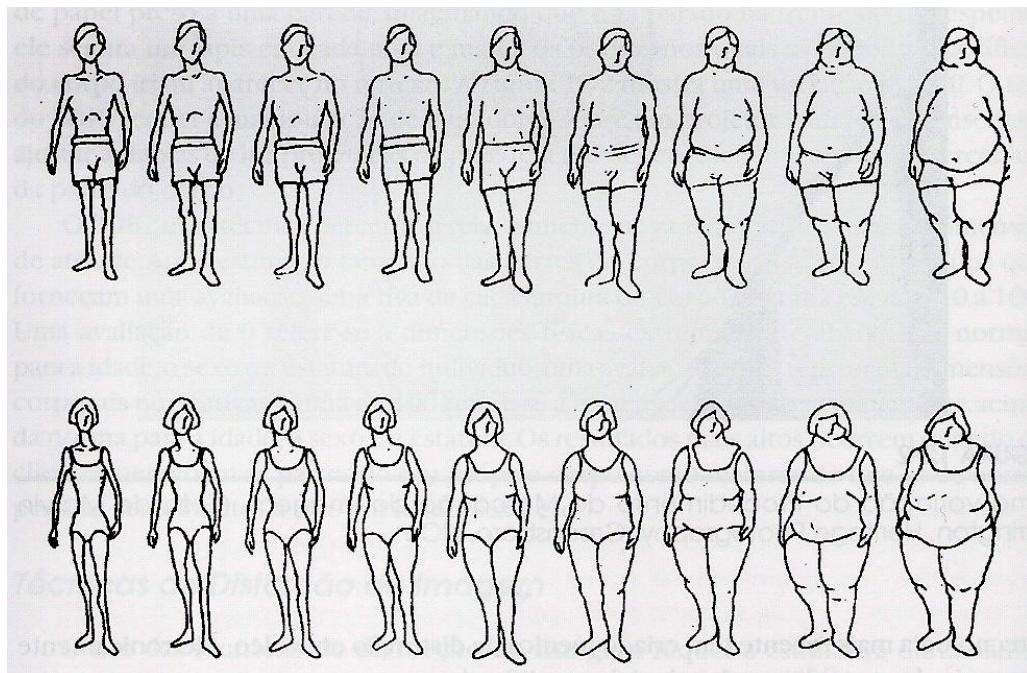
Nome e assinatura do(a) orientador(a)

ANEXOS

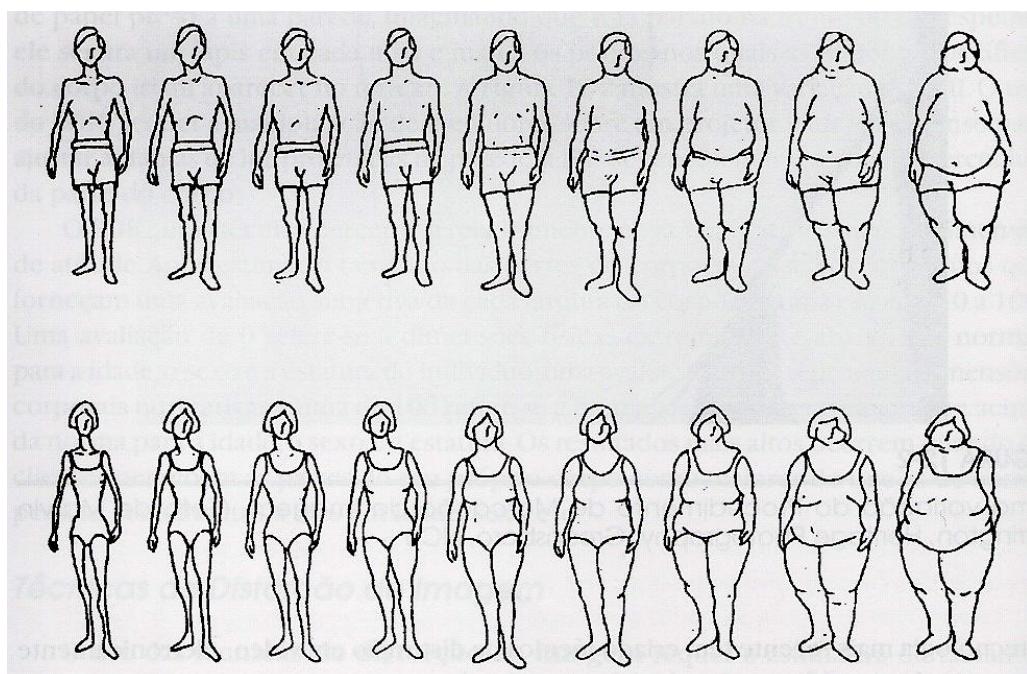
ANEXO 1 – Auto Avaliação da Imagem Corporal

A seguir você tem uma série de 09 figuras para os homens e 09 figuras para as mulheres. Observe com cuidado cada uma delas de acordo com seu sexo e responda (pode marcar com um X ou circular):

Qual aparência se parece com você ATUALMENTE?



Qual aparência que você gostaria de ter?



Fonte: Sorensen e Stunkard (1993, apud MATSUDO, 2005).

ANEXO 2

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA Brazilian OARS (Older Americans Research and Services) Multidimensional Functional Assessment Questionnaire-BOMFAQ (Ramos et al, 1993)

	Sem Dificuldade	Com dificuldade	
		Pouca	Muita
Deitar/Levantar – cama			
Comer			
Pentear cabelo			
Andar no plano			
Tomar banho			
Vestir-se			
Ir ao banheiro em tempo			
Subir escada (1 lance)			
Medicar-se na hora			
Andar perto de casa			
Fazer compras			
Preparar refeições			
Cortar unhas dos pés			
Sair de condução			
Fazer limpeza de casa			
TOTAL			

1. Nenhuma atividade comprometida (sem comprometimento)
2. 1 a 3 atividades comprometidas (comprometimento leve)
3. 4 a 6 atividades comprometidas (comprometimento moderado)
4. 7 ou mais atividades comprometidas (comprometimento grave)

ANEXO 3 - DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

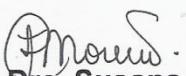


Missão Salesiana de Mato Grosso
Universidade Católica Dom Bosco
Instituição Salesiana de Educação Superior

Campo Grande, 09 de dezembro de 2008.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto **“A representação social da velhice e da imagem corporal referida para idosos”** sob a responsabilidade de **Márcia Cristina Bortoleto Rotta** e orientação da **Profa. Dra. Angela Elizabeth Lapa Coêlho**, protocolo nº 067/2008B após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, foi considerado aprovado sem restrições.


Profa. Dra. Susana Elisa Moreno

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Católica Dom Bosco