



UNIVERSIDADE SÃO JUDAS TADEU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

**O SENTIDO DE SAÚDE EM IDOSOS DO PROJETO SÊNIOR PARA VIDA ATIVA
DA USJT.**

RENATA FRAZÃO MATSUO

Dissertação apresentada à
Universidade São Judas Tadeu,
como requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre em
Educação Física, sob a orientação
da profa. dra. Maria Luiza de
Jesus Miranda

USJT/SP
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Matsuo, Renata Frazão

O sentido de saúde em idosos do projeto sênior para a vida ativa da USJT./ Renata Frazão Matsuo. - São Paulo, 2007.

106 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2007.

Orientador: Prof^a. Dra. Maria Luiza de Jesus Miranda

1. Educação física. 2. Envelhecimento. 3. Saúde. 4. Subjetividade

AGRADECIMENTOS

Não posso iniciar meus agradecimentos sem antes dizer que esse trabalho não foi “meu”, mas foi de todos que dele fizeram parte e além de agradecer, quero dedicar esse trabalho a cada uma das pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a sua construção e para a minha formação humana.

Aos meus pais, Jorge e Sônia, agradeço pelos princípios e valores da vida. Mesmo longe, aliás, muito longe, do outro lado do mundo! E com muito aperto no coração, estavam sempre me apoiando, acreditando em mim e sempre me ensinando. Obrigada pai e mãe, pela maior lição do mundo, o amor incondicional por tudo o que faço e por todos que me cercam... Amo vocês!

Ao meu conselheiro, amigo e fiel amado, Wanderlei. Pela paciência, corrigindo as minhas “vírgulas”, pela compreensão com a ausência durante esses dois anos e, pelo carinho e apoio nos momentos mais difíceis. Quando pensei que não ia conseguir você estava do meu lado, me acalmando com ternura e afeto. Você é tudo para mim! Muito obrigada!

À minha irmã Marcela e a minha “vovozinha”, que cozinham, limpam, lavaram... Enfim realmente cuidaram de mim nesse período que parecia interminável!

À minha irmã Luana, grande crítica. Muito obrigada pelas discussões sobre a Representação Social... Você nem imagina como e quanto contribui para a configuração de sentido em minha vida.

À minha querida orientadora Miranda, que realmente assumiu o papel de mãe... Mãe, amiga, companheira, que me ensina a cada dia o sentido das palavras cumplicidade e amizade. Nesses meus momentos de “loucura”, correria e adoecimento, não sei o que seria de mim sem essa mãe acadêmica... Muito obrigada Mi!

À Marília é claro, o meu muito obrigada para a minha “tia-mãe”. Foi minha orientadora na graduação e por seus conselhos acreditei e ingressei no mestrado. Como não agradecer a essa mulher que tanto contribuiu para a minha formação acadêmica e acima de tudo humana como educadora! Obrigada Marília! Obrigada por ajudar a trilhar meu caminho!

À professora Kátia Rubio, que com seus conselhos me ensinou o quanto a subjetividade é inerente ao ser humano. Sem você, com certeza esse trabalho não seria o mesmo.

À professora Vilma, que me ensinou a “ensinar”. Minhas alunas que o digam, nunca mais fui a mesma depois de conhecer Howard Gardner.

À minha grande amiga Marina, pelas conversas, desabafos e companheirismo. O conforto de suas palavras deram forças para concretizar esse sonho. Obrigada Má!

Aos meus amigos e irmãos acadêmicos Alessandra (GG) e Suzuki, pela ajuda e garra transmitida.

Aos meus companheiros de mestrado os “quanti” e os “quali” que com carinho contribuíram de forma efetiva na construção desse trabalho. Obrigada pelas correções e pelo apoio! E sucesso, pois vocês merecem!

A todos do Studio Phalibis, que me agüentaram nos momentos de crise e nervosismo. Especialmente minhas amigas Tati, Elaine e Rosa, que sempre acreditaram em mim, mesmo quando eu não o fazia.

A todos é claro do Projeto Sênior, monitores e idosos, vocês são minha família, e sem vocês eu não poderia concretizar esse trabalho.

SUMÁRIO

Resumo	iv
Abstract	vi
	Pág.
1.INTRODUÇÃO	01
2. REVISÃO DE LITERATURA	06
2.1 As discussões sobre o termo saúde ao longo da história	06
2.2 A velhice	23
2.3 A Educação Física promovendo saúde	29
2.4 Compreendendo a subjetividade	36
3. PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	39
3.1 A Epistemologia Qualitativa de González Rey	44
3.2 O cenário	46
3.3 Os sujeitos	48
3.4 Os instrumentos	49
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES	51
4.1 Subjetividade Individual	52
Sandra	52
Darci	56
Carmem	59
Virgínia	62
Thaís	66
Judith	69
4.2 Subjetividade Social	72
Autocuidado: a saúde como um valor	72
Saúde como ausência de doença: a negação da velhice	77
Saúde como meio: o papel da atividade física	82
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
ANEXOS	98

RESUMO

Atualmente a saúde tem sido compreendida sob um enfoque mais abrangente, envolvendo fatores sociais, políticos, econômicos e subjetivos, passando a ser considerada como um meio para atingir os objetivos de vida. Porém, as práticas ainda não parecem ter incorporado essa visão mais ampla, sendo influenciadas frequentemente pelo paradigma biomédico, que concebe saúde como a ausência de doenças. A Educação Física, considerada uma prática em saúde, também tem suas ações por vezes pautadas nesse paradigma. No caso dos idosos, a atividade física tem sido muito valorizada para a melhora na saúde. Mas é importante destacar que esta associação algumas vezes é feita via prevenção de doenças, pois a velhice normalmente é associada à doença, e a prática de exercícios é vista como a cura desta. Esta idéia sobre o envelhecimento reflete exatamente o que grande parte dos programas e serviços oferecidos a essa população acreditam. Associa-se a velhice à doença, mas não sabemos o que os idosos pensam sobre isso. Neste sentido, visto a relação que se tem estabelecido entre velhice e doença, é relevante olhar para a subjetividade envolvida no processo. Tendo em vista tais reflexões, o trabalho aqui descrito pretende conhecer o sentido subjetivo de saúde para idosos do Projeto Sênior para a Vida Ativa, da Universidade São Judas Tadeu (USJT). Essa pesquisa fundamenta-se nos princípios da Epistemologia Qualitativa e nos referenciais teóricos da subjetividade, ambos propostos por González Rey. Participaram deste estudo seis idosas ingressantes no ano de 2006 no Projeto Sênior. Os instrumentos utilizados foram: diário de campo para anotações das observações e impressões da pesquisadora em aula, sistemas conversacionais entre as idosas e a pesquisadora, completamento de frases e conflito de diálogos. As informações obtidas por meio dos diferentes instrumentos foram transcritas e analisadas, e a construção da informação foi feita primeiramente abarcando a subjetividade individual, retratando as configurações envolvidas no decorrer da história de cada idosa. Em um segundo momento, as informações foram compiladas a partir dos seguintes temas: autocuidado: a saúde como um valor; saúde como ausência de doença: a negação da velhice; e saúde como meio: o papel da atividade física. O estudo mostrou que diferentes configurações subjetivas estão envolvidas na construção do sentido de saúde em idosos, especialmente a questão do envelhecimento e o preconceito envolvido neste processo. As idosas desta pesquisa

subjetivam a saúde como um valor em suas vidas, se preocupando com ela. O sentido de saúde aparece vinculado à independência para desempenhar papéis sociais e atingir seus objetivos. A doença aparece vinculada a “ser velho”, e a sua subjetivação como um meio incapacitante resulta na negação da velhice.

Palavras Chaves: Educação Física, envelhecimento, saúde, subjetividade.

ABSTRACT

Nowadays health has been understood under a broadly focus, involving social, political, economic e subjective factors, turning into to be considered like a way to achieve life goals. But the practices do not seem to have embedded this broader view, being frequently influenced by the biomedical paradigm, which conceives health as the absence of diseases. The Physical Education, considered as a practice on health also has actions based on this paradigm. To the elderly, physical activity has been highly valued to health improvement. But it is important to note that this combination is often done via diseases prevention because the old age is usually associated with disease and the practice of exercises is seen like a cure for it. This idea about aging is exactly what most of the programs and services offered to this population believe. Aging is associated to diseases but we do not know what the elderly think about it. Therefore it is important to look at the subjectivity involved in the health and disease process, considering the relationship that has been established between aging and disease. Considering such discussions, this work aims to recognize the subjective sense of health to the elderly of the Projeto Sênior para a Vida Ativa from Universidade São Judas Tadeu (USTJ). This research is based on the principles of qualitative epistemology and on the theoretical references of subjectivity, both proposed by González Rey. Six elderly women, who came into the Projeto Sênior 2006, have participated of this study. The instruments used were: field notes of the observations and impressions of the researcher in classes, conversations between the elderly and the researcher, sentences complement and conflicts dialogue. The information obtained by these different instruments were transcribed and analyzed and the construction of the information was made primarily covering the individual subjectivity, describing the configurations involved in the course of each elderly women history. In a second stage, the informations were made from the following themes: “self-care: health as a value”; “health as the absence of disease: the denial of old age”; and “health as a way: the role of physical activity”. The study revealed that different subjective configurations are involved on the construction of the health common sense on elders, specially the question of aging and the prejudice involved in this process. The elderly women from this research see health as a value in their lives, worrying themselves about it. The sense of health appears linked to the

independence to perform social roles and achieve their goals. Disease appears linked to “being old” as a disabling way, results on the denial of old age.

Keywords: physical education, aging, health, subjectivity.

1. INTRODUÇÃO

*“Só se vê bem com o coração.
O essencial é invisível aos olhos.”*
(Saint-Exupéry)

As discussões atuais na área da Educação Física, em torno da temática saúde e envelhecimento, têm se mostrado cada vez mais relevantes. Entretanto o que se observa é uma relação causal, que coloca a saúde, de forma simplista e equivocada, como resultado da prática de exercícios físicos, prevenindo doenças na velhice (BAGRICHEVSKY e PALMA, 2005; FARINATTI, 2000; PALMA, 2001). Vale ressaltar que alguns programas de Educação Física atuam de maneira contrária a essa idéia, e um deles é o Projeto Sênior para a Vida Ativa da Universidade São Judas Tadeu (USJT). A experiência docente neste projeto fez com que eu ampliasse o interesse sobre este assunto, vinculando-se ao meu percurso acadêmico e profissional sendo, portanto, fundamental resgatar a trajetória que percorri para compartilhar as inquietações que me levaram à construção desta pesquisa.

Formada em Educação Física e interessada em pesquisa, prossegui meus estudos na Fisiologia do Exercício, porém minha formação artística como bailarina, bem como a influência de professores da graduação para a importância da individualidade dos sujeitos, não me deixaram abandonar o lado “humano” da profissão. Preocupada em trabalhar no âmbito da saúde das pessoas, não conseguia olhar os outros apenas como “órgãos”.

Após uma pós-graduação estritamente biomédica, inevitavelmente acreditava que a Educação Física era capaz de promover saúde, prevenindo doenças. Em se tratando de idosos, nossa área podia ser comparada a um “elixir da juventude”, reduzindo os índices de mortalidade. Quando comecei a atuar com os idosos do Projeto Sênior para a Vida Ativa da USJT, muitas dúvidas começaram a surgir, por exemplo: como era possível a atividade física ser tão “extraordinária” e as pessoas não quererem praticá-la? Outro aspecto que não compreendia era como as pessoas praticavam e, mesmo assim, adoeciam. Como promover saúde na velhice, se ser idoso é ter doenças?

Em busca de resolver tais questionamentos e outros tantos que fazem parte de nossa prática, ingressei no grupo de estudos e pesquisa sobre Promoção da Saúde e Envelhecimento da USJT, o Grupo de Estudos e Pesquisa Sênior (GREPES). Foi então que

inicie leituras mais profundas acerca deste tema. Ingressar no mestrado e cursar disciplinas específicas contribuiu em grande parte para minha formação, tanto acadêmica como “humana”.

Muito se tem discutido, especialmente na Educação Física, sobre o significado do termo saúde (ACSM, 1996; BAGRICHEVSKY e PALMA, 2005; DEVIDE, 1996; FARINATTI, 2000, 2006; GLANER, 2003; PALMA, 2001). O enfoque da saúde, após a divulgação da Carta de Ottawa, em 1986, conforme apontaram autores como Buss (2003), Czeresnia (2003) e Farinatti (2000), tem sido visto como envolvendo fatores sociais, políticos e econômicos e relacionando-se com as noções de qualidade de vida e humanidade plena.

Saúde passa a ser compreendida não como um fim em si mesma, mas como meio para se atingir os objetivos de vida e, segundo a WHO (1994), alguns requisitos básicos são fundamentais para tanto, envolvendo fatores como: justiça social, equidade, educação, saneamento, paz, habitação, salário digno, estabilidade do ecossistema, e sustentabilidade dos recursos naturais. Além disso, o lado perceptivo é evidenciado, envolvendo a subjetividade, algo inerente ao ser humano, destacando os valores e a história de vida como fundamentais na construção de sentido desse termo.

Apesar da visão de saúde ter sido ampliada ao longo dos anos, ainda existem lacunas nas práticas e nas próprias pesquisas pois, segundo Farinatti (2000, 2006), a influência do paradigma biomédico, que concebe saúde como ausência de doenças, persiste até hoje.

Críticas têm sido feitas em relação a esse paradigma, tanto no período em que surgiu quanto atualmente. Estas críticas, segundo Farinatti (2000) e Rosen (1994), se referem a um olhar mais amplo sobre o termo saúde, que engloba além da prevenção de doenças, a preocupação com fatores sociais e subjetivos. Foi pensando nisso que na década de 40 a OMS publicou uma definição que considerava a saúde como uma construção multifatorial, com ênfase no bem estar dos indivíduos e comunidades, sem considerá-la em função da presença ou não de doença. Vale destacar que esta conceituação objetivou desconstruir a visão biomédica, porém, também foi alvo de críticas por parecer um conceito utópico e ambíguo (CAPONI, 2003; DUBOS 1966; LUZ, 2003).

Foi com o Movimento da Promoção da Saúde que o conceito se reestruturou. Apesar de as primeiras concepções deste ideal terem sido focadas na prevenção de doenças, foi o olhar voltado para questões mais sociais da saúde dos idealizadores deste movimento, como Friederich Engels e Henry Sigerist, que contribuiu para uma nova compreensão da saúde. Porém, é importante ressaltar que apesar da ampliação do conceito de saúde, os programas e ações ainda não o internalizaram, enfatizando a visão simplista e reducionista do paradigma biomédico (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2004; BUSS, 2003). Segundo estes autores, há dificuldade na “operacionalização” dos projetos, visto que o conteúdo teórico se distingue mais claramente do que as respectivas práticas, ocorrendo por vezes inconsistências e contradições nos projetos de Promoção da Saúde.

No caso da Educação Física, compreendida como uma prática em saúde, não é diferente. A prática de exercícios físicos tem sido apontada frequentemente como um dos principais fatores para a saúde das populações. Porém, a relação que se estabelece é de prevenção de doenças. Segundo Devide (1996), são inegáveis seus benefícios orgânicos, mas seu papel vai além desse caráter biológico.

Especificamente no caso dos idosos, população em constante crescimento no mundo, tem sido evidenciado um aumento na oferta de serviços e programas para melhora da saúde, como a prática de atividade física. Segundo o geriatra Wilson Jacob Filho, em publicação do dia primeiro de março de 2007 na Folha de São Paulo, o aumento de pessoas idosas vem favorecendo a ampliação de um novo nicho de mercado. Segundo este médico, o problema não está no aumento da população, nem no aumento dos programas, mas em seus objetivos. A atividade física, por exemplo, tem sido muito valorizada na sociedade atual como meio de prevenção de doenças, pois com o envelhecimento populacional, há um aumento no aparecimento das doenças crônico-degenerativas (VERAS e CALDAS, 2004), em grande parte devido à inatividade física (COLÉGIO AMERICANO DE MEDICINA ESPORTIVA (ACSM), 2003; WILMORE E COSTILL, 2001).

Velhice e doenças são tidas, então, como sinônimos e frequentemente os programas que objetivam a saúde visam reverter os efeitos do envelhecimento, por meio da prevenção de doenças. Para autores como Minayo e Coimbra Jr. (2002) esta associação ocorre por se estabelecer o jovem como padrão, colocando a velhice como oposta à juventude. Segundo Lopes (2000), no imaginário social a negatividade da velhice é

associada à sensação de estar doente, pois traz a relação com a incapacidade para o trabalho e, assim se sentir útil socialmente na sociedade capitalista. Estes rótulos são reforçados pela Psicologia Desenvolvimentista¹ do século XIX, que declarava haver crescimento na infância, estabilização na fase adulta e declínio na velhice (NERI, 1995).

Neri (1995) descreve que a velhice precisa ser compreendida não somente pelos declínios comuns desta fase, mas também acreditando no possível desenvolvimento dos idosos. Alguns autores como Baltes e Silverberg (1995), Freire e Resende (2001) e Neri e Yassuda (2004), descreveram que o envelhecimento bem sucedido pode ser alcançado por qualquer idoso, e é definido, segundo Néri (1995) como um estado de bem estar físico e social, alcançado pelo indivíduo com base nos ideais, condições e valores da sociedade na qual está inserido. Para isso, afirmam Baltes e Silverberg (1995), deve haver um equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, sendo este equilíbrio importante para que as perdas sejam compensadas quando ocorrerem.

É importante destacar que os estereótipos quanto à velhice vêm sendo desmistificados por meio do paradigma “Life Span”², pois segundo esta teoria, o envelhecimento compreenderia transformações que ocorrem desde a maturação sexual e são diferentes individualmente. Além disso, estudiosos desta teoria acreditam que fatores genéticos, biológicos, psicológicos, ecológicos e sócio-culturais são determinantes para o envelhecimento, e que é preciso considerar não somente as perdas nesta fase, mas também a interação entre as perdas e os ganhos ao longo de toda a vida (BALTES e SILVERBERG, 1995). Neri (1993) já afirmava que durante a velhice, se vivida em condições ótimas de saúde e ambiente, é possível manter o desempenho, adquirir conhecimento, manter relações sociais e aprimorar a capacidade de auto-regulação.

No entanto, alguns autores como Minayo e Coimbra (2002) e Uchôa et al. (2002) afirmaram que essa visão positiva sobre o envelhecimento nem sempre acontece. A velhice ainda é encarada como problema social e como doença pois, segundo esses autores, outros atores sociais falam pelos idosos, focalizando somente os sinais de desgaste dos corpos, não se preocupando em saber o que os idosos pensam sobre si e sobre o mundo. Se a essa

¹ Criada no século XIX, em um período cujo progresso científico ampliava-se, se preocupando com a qualidade de vida de suas populações, e assim diminuindo a mortalidade infantil e materna, o que provocou aumento da preocupação com os estudos das crianças e adolescentes, descartando o desenvolvimento na velhice (NERI, 1995).

exclusão social se associar à idéia apontada por Lloret (1998), de que não “temos uma idade” e sim “pertencemos” a ela, isso se agrava mais, pois de acordo com esta autora, e mesmo como citado por Debert (1998) as fases da vida, como a velhice, são criadas socialmente, sendo manipuladas pelo Estado, que estipula atitudes e comportamentos ditos normais para cada categoria etária. Os idosos perdem a possibilidade de se expressar, sendo homogeneizados e discriminados.

Enfatiza-se a velhice como doença, mas não se sabe o que os idosos pensam sobre isso. E como sabê-lo, se é retirado dessas pessoas a capacidade de pensar sobre si mesmas? Especificamente quando se trata da saúde nessa população, que freqüentemente é associada à doença, como saber o que realmente pensam? Moscovici (1978) chamou de representações sociais a compreensão desse conhecimento, que se associa ao conjunto de comportamentos e crenças, compondo o senso comum de uma sociedade. Porém, se o Estado consegue manipular nossos comportamentos e atitudes, até que ponto este conhecimento é construído socialmente ou é individual? Neste sentido, Spink (2004a) afirmou que o conhecimento não é algo que pertence à realidade externa, mas sim algo inerente ao próprio indivíduo, pois possui suas características.

Segundo Gonzàlez Rey (2002), quando se trabalha no âmbito da Educação, nesse caso a Educação Física para idosos, é importante conhecer o indivíduo com o qual se atua, pensando que são sujeitos com uma história de vida e com representações e significados que influenciam suas ações e comportamentos. Nesse sentido, especialmente em programas voltados para a Promoção da Saúde, como é o caso do Projeto Sênior para a Vida Ativa da USJT, torna-se fundamental compreender o sentido de saúde para seus participantes. O Projeto Sênior é um programa de Educação em Saúde, que visa trabalhar com práticas educativas que favoreçam a autonomia dos educandos frente à prática de atividades físicas, bem como estimular o autocuidado para com a saúde. Compreendendo esse projeto como um programa baseado nos ideais da Promoção da Saúde e da Velhice Bem Sucedida, com o eixo norteador na pedagogia de Paulo Freire, cujos conteúdos trabalhados partem das vivências dos alunos e, além disso, utilizando o conceito de sentido subjetivo proposto por Gonzàlez Rey, surgem algumas questões:

² Desenvolvimento ao longo da vida. Termo conhecido também por perspectiva do curso de vida (BALTES; SILVERBERG, 1995).

Qual será o sentido subjetivo que estes idosos possuem sobre saúde, visto que por vezes o envelhecimento é associado à doença? Se o projeto trabalha visando tornar estes indivíduos conscientes de si para o autogoverno (autonomia), como estes idosos compreendem a velhice?

Quando pensamos em um projeto envolvido com a aprendizagem, temos que destacar o seu impacto sobre os sujeitos envolvidos. Durante o Projeto Sênior, professores e alunos compartilham além do espaço físico, as relações sociais, interagindo como sujeitos e construindo mutuamente a subjetividade. Para González Rey (2005), é de extrema importância o caráter subjetivo na concepção de sentido das pessoas, pois quando se constrói um determinado conhecimento, este expressa tanto a história do sujeito quanto as representações e crenças construídas socialmente. Considerando que a interpretação de um conhecimento socialmente constituído supõe uma relação mediada, e que essa mediação não se restringe a outros sujeitos fisicamente presentes, mas também às experiências nas relações sociais, o Projeto Sênior pode ser considerado um local de complexa rede de relações sociais, tornando-se mediador na construção de sentido, não somente com base na ação dos professores, mas também na inter-relação dos alunos. Dessa forma, quanto a intervenção é capaz de modificar e interferir na construção de sentido, neste caso, o sentido de saúde?

Torna-se relevante compreender o sentido de saúde para os idosos a partir do seu próprio olhar, tendo em vista a associação que se estabelece entre a velhice e a doença em nossa sociedade, bem como a representação social dessa associação. Com base nestas reflexões e questionamentos insere-se o trabalho aqui apresentado, que tem como objetivo reconhecer o sentido de saúde para idosos do Projeto Sênior para a Vida Ativa da Universidade São Judas Tadeu.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 As discussões sobre o termo saúde ao longo da história

O conceito de saúde pode ser agregado à classe dos conceitos considerados imprecisos, ou seja, apesar de muito utilizado, não possui uma definição objetiva e

universalmente aceita. A construção deste termo deve considerar os atores sociais envolvidos, a organização social em questão, o contexto e o período histórico correspondente.

A preocupação com a saúde e a doença faz parte da humanidade desde as culturas primitivas. Rosen (1994) ressaltou que ao longo da história humana os problemas de saúde estiveram relacionados à vida comunitária e, segundo ela, o enfrentamento das doenças nas comunidades primitivas se sustentava em termos sobrenaturais. Garrison (1966) afirmou que nas comunidades tradicionais de coletores e caçadores, por exemplo, estes conceitos eram associados às divindades e estes povos utilizavam os fenômenos naturais, como os ventos e as tempestades, para explicar a si e ao ambiente, fazendo uso da superstição. Doença e saúde eram tidas como fenômenos mágico-religiosos (GARRISON, 1966; ENTRALGO, 1982; RESTREPO, 2001).

Neste período, a capacidade de mediar as atenções de deuses e homens era monopolizada por um grupo dominante, os sacerdotes, que defendiam a doença como pecado, resultado da desobediência. O homem primitivo, de acordo com Garrison (1966), começava a acreditar que a doença era um castigo e, para evitá-la, eram realizados sacrifícios aos seus deuses (MEIRA, 1992). Restrepo (2001) afirmou que as práticas em saúde eram realizadas por meio de amuletos e talismãs, usados como forma de prevenir males.

Na Grécia, anterior a Hipócrates, Entralgo (1982) apontou que havia três origens de doença: traumática, ambiental e divino-punitiva. Tais sociedades já pensavam em termos de saúde associada à condição física. Apesar da ênfase ainda ser no aspecto religioso, já havia uma preocupação com hábitos e higiene pessoal (MEIRA, 1992). Os gregos acreditavam em diversos deuses e Restrepo (2001) destacou duas deusas importantes para a saúde nesta civilização: Panacea (deusa da cura) e Hygea (deusa da saúde que deu origem a palavra higiene).

Este período, conhecido como Idade Antiga, ou Antigüidade, se estendeu desde a invenção da escrita (4000 a.C. a 3500 a.C.) até a queda do Império Romano do Ocidente (476 d.C.) e início da Idade Média (século V). De acordo com Rosen (1994) na Antigüidade os médicos, em geral, não distinguiam as diferentes doenças, mas sim os grupos de sintomas.

Ainda neste período da história aparecem as idéias iniciais da ciência médica ocidental, que se fundam na tradição hipocrática, conhecida como paradigma clássico e desenvolvida por volta do ano 400a.C. Rosen (1994) descreveu que os grandes médicos gregos eram também filósofos naturais e tinham como objetivo compreender a inter-relação entre o homem e a natureza, e não somente lidar com as doenças. Neste período, a preocupação central era o cuidado com o corpo e o papel do médico era restaurar a harmonia. Os conceitos de doença e saúde estavam relacionados com o equilíbrio entre fatores ambientais: vento, temperatura, água, solo e estilo de vida (*modus vivendi*), como nutrição, trabalho, lazer, dentre outros. A prática clínica era o auxílio às forças de cura da natureza, enquanto os cuidados públicos de saúde relacionavam-se à previsão e ao controle dos problemas da saúde comunitária, na compreensão do ecossistema humano (NOAK, 1987).

Hipócrates (460-377 a.C.) em sua obra “Ar, água e lugares” relatou as influências do meio ambiente sobre a saúde (ROSEN, 1994). A teoria de Hipócrates foi um dos marcos para tirar a visão de doença como fator mágico, pois assumiu a idéia, de que as influências externas são a origem da disseminação das doenças. A saúde passa a ser um equilíbrio entre os quatro humores corporais cardinais: sangue, flegma, bile e atrabile e, a doença um desequilíbrio nesses humores (COTTRELL; GIRVAN; MCKENZIE, 2006; FARINATTI, 2006; ROSEN, 1994). Os elementos da conceituação de Hipócrates, sob o Império Romano, se difundiram pelo Ocidente e forneceram as bases para as concepções posteriores de saúde biopsicossocial.

O Império Romano conquista os países do Mediterrâneo e, quando domina a Grécia, aceita as idéias médicas desta civilização. Galeno (130-201 d.C.), o mais famoso médico romano, retoma as idéias de Hipócrates no Império Romano, para ele o equilíbrio e desequilíbrio dos humores determinariam o estado de saúde ou doença, sendo influenciados por aspectos externos. Vale ressaltar que para os romanos a visão de saúde era mais positiva e o cuidado excessivo com o corpo era inútil e considerado afeminado (RESTREPO, 2001).

As idéias de Galeno e Hipócrates se assemelhavam, principalmente quanto à teoria humoral e à influência ambiental, porém, Galeno inicia a utilização do termo normal, o que condizia com natural, desejável, característica da saúde que permanece até os dias de hoje.

Um outro ponto em que Galeno avança com relação às idéias hipocráticas diz respeito às origens das doenças, pois, ainda que superficialmente, retratou os aspectos psicológicos e a sua relação com a predisposição às doenças. (RESTREPO, 2001). Rosen (1994) afirmou ainda que os romanos conheciam a relação entre as ocupações e as enfermidades. Segundo a autora, alguns poetas relacionaram os perigos de certas ocupações, como o caso dos mineiros. As maiores contribuições dos romanos para a história da saúde foram os sistemas de condução de água, bem como a criação dos hospitais, cujos precursores foram as casas de enfermagem encontradas nas escavações de Pompéia. (COTTRELL; GIRVAN; McKENZIE, 2006; RESTREPO, 2001; ROSEN, 1994).

Por volta do século V, Roma sofreu intensas destruições e o Império Romano Ocidental se desintegrou, principalmente devido às invasões bárbaras. A destruição das cidades pelos invasores desestruturou o sistema de saúde vigente. Com a queda do Império Romano no Ocidente, um novo período surge na história da humanidade: A Idade Média, também chamada de “Idade das Trevas” (500-1000 d.C.). Caracterizou-se pela unificação do poder pela Igreja Católica, que dava prioridade à fé (COTTRELL; GIRVAN; McKENZIE, 2006). Rosen (1994) afirmou que durante esta época a doença voltou a ser associada ao pecado, estar doente era uma forma de punição e o órgão que realizava as atividades de saúde era a Igreja.

Nesse período, segundo Restrepo (2001), houve uma reação contra o cuidado com o corpo e uma preocupação com o espírito, que era considerado o principal elemento da saúde. No início da Idade Média houve muitas epidemias que devastaram a Europa e eliminaram mais de um quarto da população. Em meados do século XIV, a peste negra, doença transmitida por meio da picada de pulgas de ratos doentes, atacava os povos. As cidades medievais não tinham condições higiênicas adequadas e facilmente os ratos se espalharam. A situação se agravou e muitos atribuíam a doença a fatores comportamentais e religiosos. A quarentena, segundo Rosen (1994) e Restrepo (2001), foi uma medida encontrada para proteger a saúde comunitária e evitar a expansão das epidemias.

Rosen (1994) descreveu que o período medieval foi caracterizado pelo retorno do misticismo e das crenças nos pecados. Mesmo colocando a doença como resultado de punições divinas, foram identificados nesta época grandes avanços na área da saúde, devido principalmente aos esforços para enfrentar os problemas sanitários, que favoreceram o

olhar médico e a assistência social. O fim da Idade Média está relacionado a grandes transformações como: a ascensão das monarquias nacionais européias, o início da recuperação demográfica e econômica após a peste negra, os descobrimentos marítimos, o movimento de redescoberta da cultura clássica, por volta do século XV, bem como a reforma protestante, começada em 1517. Com o fim da Idade Média tem início na Europa a Idade Moderna, marcada pelo movimento cultural conhecido como Renascimento. Durante esta época muitas transformações ocorreram na Filosofia, nas Artes e nas Ciências e, principalmente, na economia e na política, com a transição do Feudalismo para o Capitalismo.

O Renascimento também foi substancialmente significativo para as Ciências da Saúde que se desenvolveram tal qual as conhecemos ainda hoje, como apontou Rosen (1994). Observa-se um desenvolvimento intelectual e científico cuja ênfase está na mensuração precisa de fenômenos. Objetivou-se descrever leis universais para explicar o universo e uma concepção racionalista para os problemas religiosos, econômicos e sociais. O humanismo, ideologia que colocava o homem como centro de referência, aos poucos substituiu a concepção religiosa anterior. O corpo humano começou a ser colocado em evidência, e sua utilização nas pesquisas favoreceu o desenvolvimento da medicina e da anatomia (COTTRELL; GIRVAN; MCKENZIE, 2006; RESTREPO, 2001).

Neste período às concepções de Philipp Theophrastus Von Hohenheim, conhecido como Paracelsus³, médico, químico, cirurgião e alquimista. Revolucionou a medicina ao antecipar a homeopatia e o uso da química no tratamento médico (SINGER, 1974).

Entralgo (1982) apontou que para Paracelsus, a doença era algo que invadia e se apossava do ser, identificado como “corpo invisível”. Para ele a idéia de desequilíbrio dos humores não existia, visto que a doença é causada por um agente externo, ou seja, uma entidade real que invade o corpo. Esta invasão dependeria do comportamento individual e do nível religioso. Paracelsus chamava de “arques” os princípios da natureza imaterial que controlavam o organismo por meio das reações químicas e acreditava que a saúde e a doença, assim como a vida humana, eram regidas por cinco entidades: astral, venosa, natural, espiritual e Deus. A saúde era então considerada o funcionamento normal do

arques e o seu controle insuficiente, faria com que a doença aparecesse. As idéias deste pesquisador evoluem no sentido de apontar para o caráter exterior da doença, diferentemente do desequilíbrio e equilíbrio dos humores de Galeno e Hipócrates, o que mais tarde é confirmado pela identificação dos microorganismos como causadores de doenças (RESTREPO, 2001).

Neste período a visão de mundo se modificou, transformando assim o pensamento científico, a Idade Moderna se estabelecia e a cultura se desenvolvia, destacando-se pensadores fundamentais para este período histórico, como René Descartes. Descartes (1596–1650) foi filósofo, físico e matemático, sendo considerado por muitos pesquisadores da época o fundador da filosofia moderna, inaugurando o racionalismo (CREMA, 1989).

Este filósofo propôs o uso disciplinado da razão como caminho para o conhecimento, formulando os princípios de uma nova forma de fazer ciência. Esse modelo de pesquisa ficou conhecido como método cartesiano e consiste no Ceticismo Metodológico, cuja dúvida é o centro dessa premissa. Duvida-se de tudo até que se possa provar. Seu pensamento revolucionou a sociedade feudalista da época em que nasceu inaugurando definitivamente o pensamento moderno, dividindo a realidade em *res cogitans* (consciência, mente) e *res extensa* (matéria). O método consiste na realização de quatro tarefas básicas: verificar se existem evidências reais e indubitáveis acerca do fenômeno ou coisa estudada; analisar, ou seja, dividir ao máximo as coisas, em suas unidades de composição, fundamentais, e estudar essas coisas mais simples que aparecem; sintetizar, ou seja, agrupar novamente as unidades estudadas em um todo verdadeiro; e enumerar todas as conclusões e princípios utilizados, a fim de manter a ordem do pensamento (CREMA, 1989; VILELA; MENDES, 2003).

Decompondo o objeto a ser estudado em partes mais simples, por meio de operações sistematizadas desenvolve-se a forma de se pesquisar na época e, este paradigma mostrou-se bastante eficiente, atendendo às necessidades da industrialização. Dessa maneira, abriu-se o caminho para a fragmentação do conhecimento, uma vez que as

³ Adotou este nome após doutorar-se em Ferrara. Significa superior a Celso, relacionando-se ao famoso médico romano do século I, Aulo Cornélio Celso.

indústrias necessitavam urgentemente de especialistas para enfrentar os problemas e objetivos específicos de seus processos de produção e comercialização. Vele ressaltar que as teorias propostas por Descartes favoreceram o desenvolvimento científico-tecnológico no mundo atual, porém é importante ressaltar que a produção de conhecimento é histórica, social e culturalmente determinada e este modelo de pensamento desenvolvido nos séculos XVI e XVII não oferecem mais a explicação completa para os fenômenos estudados cientificamente na Idade Contemporânea, marcada pela complexidade (VILELA; MENDES, 2003).

Durante o século XVII a visão epidemiológica da saúde predominou, principalmente devido à modificação da visão entre saúde e doença e o desenvolvimento das escolas médicas, quantificando os fenômenos orgânicos. Por meio dos métodos quantitativos, utilizando instrumentos de medida, descrevendo funções orgânicas e utilizando estatística, foi possível comparar as populações clinicamente. Thomas Sydenham (1624-1689) iniciou o estudo da enfermidade *in loco*, utilizando os conceitos de caráter epidemiológico. Este pesquisador definiu o que denominava de história natural da doença e concentrou seu estudo na observação do ambiente físico e nas causas da doença (ROSEN, 1994; WHITE, 1991). Observação e descrição logo deram lugar à comparação entre grupos, sendo John Graunt (1620-1674) o precursor da aplicação de métodos estatísticos à saúde na Inglaterra.

William Petty (1623-1687), considerado o pai da epidemiologia, instituiu em 1689 a idéia de aritmética política, conforme apontaram Restrepo (2001) e Rosen (1994). Segundo White (1991) Petty associou fatores como rendimento, habitação e ocupação à ocorrência de doenças e que tais fatores seriam necessários para obter um perfil fiel do estado de saúde da população. Rosen (1994) afirmou que Petty conseguiu ampliar os fatores determinantes de bem estar.

Nota-se que o ambiente físico passa a ser um elemento importante quando se estuda as ações em saúde nesse período, isto porque a preocupação que se tinha durante o Império Romano quanto ao ambiente é retomada durante o Renascimento, evitando as doenças pestilenciais. A condição de vida das pessoas (água, saneamento) passa a ser um fator importante para uma vida saudável, e esta visão guiava as ações de saúde mantendo-se até o final do século XIX. Este recorte sanitário, chamado também de “teoria do miasma”,

partia do princípio de que as doenças surgiam das condições sanitárias inadequadas, da matéria em putrefação ligada às infecções e do contágio de partículas invisíveis, que passavam de pessoa para pessoa. Essa teoria, pautada no infeccionismo, atribuía as doenças às condições atmosféricas e geográficas. Durante este período, apesar das pestes desaparecerem aos poucos, as doenças epidêmicas, especialmente a varíola, o tifo e a sífilis continuavam a aparecer, o que reforçava este pensamento (COTTRELL; GIRVAN; McKENZIE, 2006; FARINATTI, 2006; ROSEN, 1994).

Outro ponto que reforçava a idéia de que as doenças são ocasionadas pela má condição ambiental, era a necessidade do governo de colocar a saúde como um de seus objetivos políticos, pois as elites mercantilistas necessitavam estimular o crescimento das populações nacionais para garantir o acúmulo de riquezas (ROSEN, 1994). Os políticos precisavam aumentar o poder e a riqueza dos países, e entendiam que para isso precisavam de uma população grande, com bens materiais para gastar.

Nos séculos XVII e XVIII notam-se grandes avanços na medicina e, o Iluminismo, corrente filosófica cuja essência é o pensamento e a razão se expande, tendo como principal precursor Jonh Locke com sua obra “Ensaio Acerca do Entendimento Humano”. Para os filósofos desta época, a inteligência social precisava de uma opinião pública informada, e os resultados da ciência e da medicina quanto à saúde e a higiene começam a ser transmitidos para as populações. Outras mudanças também foram notórias durante o século XVIII, pois com a Revolução Industrial a Europa se transformou. Tais mudanças tecnológicas resultaram em um profundo impacto no processo produtivo economicamente e socialmente. Iniciada na Inglaterra, a Revolução Industrial expandiu-se pelo mundo a partir do século XIX e os trabalhadores deixaram de ser “donos” do processo e passaram a trabalhar para um patrão, como operários ou empregados. Esses trabalhadores controlavam as máquinas que pertenciam ao empresário, dono dos mecanismos de produção e para o qual se destinava o lucro.

A urbanização acelerada e a industrialização tiveram impactos notáveis nas condições de vida e saúde das populações. As pessoas moravam em bairros operários sem condição de saneamento, submetidas a desgastes excessivos de trabalho e alimentação inadequada, resultando em um incremento da mortalidade devido à desnutrição, alcoolismo, doenças mentais e violência. Tais transformações modificaram

substancialmente as concepções de saúde e as formas da sociedade intervir nestas questões, e esta crise sanitária colocou em risco o projeto capitalista, visto que movimentos coletivos, organizados pelos trabalhadores reivindicavam melhores salários e condições de trabalho (FARINATTI, 2006; ROSEN, 1994).

O governo, interessado na saúde das populações, não somente para conter os movimentos populares, mas também visando o ideal capitalista, pelo qual as pessoas precisavam ter boa saúde para produzir e consumir, e inspirado pela teoria do miasma, realiza então reformas urbanas nos centros industriais. No fim do século XIX o objetivo do governo de melhora da saúde das populações começou a ser alcançado com a Revolução Bacteriológica (FARINATTI, 2006; RESTREPO, 2001; WHITE, 1991). Nesta época, o microscópio é inventado por Antony Van Leewenhoek (1631-1723) e alguns pesquisadores como John Snow (1813-1858) e Willian Budd (1811-1880) produzem seus trabalhos higienistas apontando para uma relação entre os microorganismos e as doenças, reforçando a necessidade de mudança nos estilos de vida para evitar o contágio.

Louis Pasteur (1822-1895) com seus trabalhos fortaleceu a era bacteriológica e em 1854 iniciou seus estudos sobre a fermentação, descobrindo que era produzida por organismos vivos. Além disso, revelou também como prevenir a fermentação. Com seus trabalhos sobre as doenças infecciosas conseguiu explicar as causas das doenças, enfatizando a necessidade de cuidar das condições de vida e controlar os comportamentos individuais (ROSEN, 1994). Os estudos de Pasteur contribuíram para a cura de doenças que matavam milhões de pessoas, porém a influência bacteriológica modificou as prioridades das pesquisas em saúde. Para a elite industrial da época, esta teoria oferecia caminho rápido à cura das doenças e não causava agitação política das classes populares (COTTRELL; GIRVAN; McKENZIE, 2006).

As investigações deixam de ser *in locu* para ser *in situ*, abandonando o olhar para fatores sociais, econômicos e políticos na saúde e doença. Do laboratório emergiam as práticas preventivas e terapêuticas e as contribuições de autores como Petty perdem espaço para os métodos experimentais. O paradigma biomédico, como era conhecido, modificou o quadro das ciências da saúde e os métodos não experimentais passaram a ser inválidos. A saúde, sob este paradigma, era a ausência de agentes que causassem doença. Os cientistas começaram a acreditar que a doença era o não funcionamento de partes do corpo, e o ser

humano passa a ser estudado pelas partes para explicar o todo e, nesta perspectiva, a saúde aparece como referência normativa. Ter saúde é ter o funcionamento normal de todas as partes do corpo (COTTRELL; GIRVAN; McKENZIE, 2006). Evidencia-se então a saúde como ausência de doença, uma vez que as características das enfermidades e os sintomas destas são mais enfatizados do que os indicadores de saúde.

Winslow (1920 p. 23) descreveu saúde pública como sendo “[...] a ciência e a arte de evitar doenças [...]”. Para este autor os esforços para o controle das infecções e o diagnóstico precoce, além da prevenção de doenças, eram fatores importantes para a melhoria da saúde. Boorse (1975), filósofo alemão, um dos teóricos desta perspectiva biomédica, apontou que o corpo humano saudável é aquele cujas partes (órgãos e sistemas) executam as funções, contribuindo para os objetivos de sobrevivência e reprodução. O não funcionamento destas partes leva à doença, o que direciona a preocupação com os fatores determinantes para este funcionamento. Este paradigma biomédico influenciou as idéias sanitárias, com isso a medicina curativa começa a se distanciar da medicina preventiva. White (1991) apontou que os estudantes de medicina deixam de se preocupar com a coletividade, concentrando-se em estudar e curar doenças com ênfase em laboratório. Vale ressaltar que as medidas de prevenção de doenças passam a ser o enfoque da saúde pública, levando autores como Leavell e Clark (1965) a descreverem Promoção da Saúde como componente da prevenção primária.

O incentivo público às pesquisas biomédicas favoreceu o sucesso destas campanhas, que tinham resultado rápido no controle das epidemias, e ainda era condizente com as estratégias capitalistas para a saúde: competência técnica com conhecimento científico e organização do processo de trabalho em saúde. Porém, tais medidas não produziram melhoras efetivas, as condições de vida ainda eram precárias, os níveis de trabalho elevados e, as taxas de mortalidade, principalmente a infantil, ainda eram altas. Vale ressaltar que pesquisadores começam a apontar as fragilidades desta teoria, questionando os princípios do paradigma biomédico, afirmando que a promoção da saúde deveria abarcar questões como a nutrição, habitação, trabalho e saneamento, porém os médicos que queriam estudar questões de saúde e coletividade tinham pouco prestígio, assumindo a tarefa da medicina preventiva (RESTREPO, 2001; ROSEN, 1994).

Alguns autores se destacam neste período pela preocupação com a saúde das coletividades, contestando o olhar biomédico e enfatizando o olhar social da saúde: Friedrich Engels, Rudolf Virchow, Henry Sigerist e Thomas McKeown (RESTREPO, 2001).

Engels (1820-1895) foi um filósofo alemão que se preocupou com o estado em que viviam os trabalhadores das fábricas de sua família. Quando estudante, aderiu a idéias de esquerda, o que o levou a se aproximar de Karl Marx. Assumiu, por alguns anos, a direção de uma das fábricas do seu pai em Manchester e suas observações nesse período formaram a base de uma de suas obras principais: *A situação das classes trabalhadoras na Inglaterra*, publicada em 1845. Foi um importante escritor desta época, com obras sobre a enfermidade e o sofrimento de trabalhadores relacionando-as com o ambiente de trabalho e a morte prematura (RESTREPO, 2001).

O pai da medicina social, de acordo com descrição de Restrepo (2001) foi Rudolf Virchow (1821-1902). Para este autor a democracia, a educação, a liberdade e a prosperidade são elementos importantes para a saúde. Virchow foi médico, político, antropólogo e sanitarista, brigava pela equidade e pelo *empowerment*⁴ das populações necessitadas. Foi ele quem fundou o periódico chamado “Reforma Médica”, no qual se discutiam temas sobre a necessidade da saúde pública ser exercida pelo Estado (RESTREPO, 2001; ROSEN, 1994). Henry Sigerist (1891-1957) também foi um importante sanitarista para a medicina social, o primeiro a propor o termo Promoção da Saúde, segundo Restrepo (2001), referindo-se às ações em educação sanitária. Para ele a medicina teria quatro funções: promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação de doentes e reabilitação.

Segundo Rosen (1994), após a influência deste sanitarista, a preocupação com o bem estar das populações começou a ser parte da política dos países industrializados da Europa e dos Estados Unidos. Cada vez mais a saúde era vista como de caráter multifatorial e o reducionismo da concepção biomédica começava a perder seu prestígio. No final da década de 40, a OMS publicou uma definição de saúde como uma construção multifatorial,

⁴ Conceito que tem raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia de “ação social” nos países ditos desenvolvidos, durante o século XX. Foi influenciado pelos movimentos de auto-ajuda nos anos 80 e nos anos 90 é reafirmado com o direito de cidadania (CARVALHO, 2004). Sua tradução para o português é empoderamento, porém esta palavra no português possui significados distintos, uma vez que apoderar é sinônimo de dar posse, dominar, conquistar, entre outros. Por não possuir uma tradução específica para o português, o termo será utilizado em inglês.

com ênfase no bem estar dos indivíduos e comunidades, seus interesses e desejos, sem considerá-la em função da presença ou não de doença. Esta conceituação da OMS visou desmistificar a concepção biomédica, porém a definição de saúde como “o completo bem estar físico mental e social e não a mera ausência de doença” resultou em críticas por alguns autores, sendo um ponto de partida para o entendimento da saúde de uma maneira mais ampla, e não mais como dependente do conceito de doença. Tais críticas ocorreram por dois principais motivos: ser um conceito utópico e ambíguo pois, além de parecer um estado impossível de se alcançar, o termo saúde é substituído por outro de difícil conceituação que é o bem estar (CAPONI, 2003; DUBOS 1966; LUZ, 2003).

Além disso, como apontou Lopes (2000), mostra-se distante da realidade pois dificilmente uma pessoa estará, mesmo que temporariamente, em completo bem estar físico, psicológico e social, e nem por isso deixará de ter saúde. Outras críticas relacionam-se ao fato desta definição ser considerada um estado pois, para alguns autores, a saúde é um processo, ou um meio para a realização de objetivos, individuais e comunitários (TEIXEIRA, 2002). As críticas decorrentes reforçaram a tendência de se considerar a saúde como uma entidade plurifatorial, resultando de ações individuais e coletivas na resolução de problemas de ordem biológica, psicológica e social segundo necessidades e expectativas (FARINATTI, 2006).

Apesar das críticas quanto à conceituação da OMS um fato era certo, o desacordo entre a visão reducionista, cartesiana de saúde e doença e uma abordagem mais holística da condição humana (WHITE, 1991). Ficava evidente que a saúde e a doença dependiam das condições mais gerais de vida, principalmente quando as taxas de mortalidade em países em desenvolvimento aumentaram prioritariamente devido ao nível de pobreza, decorrente de condições econômicas e políticas dos países (FARINATTI, 2006; RESTREPO, 2001). Este fato demonstrou que os aspectos socioculturais, político-econômicos e ecológicos são tão importantes para a saúde quanto os de ordem biológica e devem ser pensados pela sua interação.

O termo saúde passou, então, a ser compreendido em um sentido mais amplo, integrando outros setores, renovando o pensamento sanitário da época. Henry Sigerist, com seus pressupostos sobre a medicina e a educação sanitária iniciou a construção dos princípios de uma corrente de pensamento que revolucionou a saúde pública: a Promoção

da Saúde. Este movimento, que apesar de objetivar em um primeiro momento a prevenção de doenças, como apontado por Leavell e Clark, favoreceu em um segundo momento a ampliação do conceito de saúde para além da ausência de doenças, abrangendo fatores como a capacitação pessoal e comunitária, bem como as ações do Estado.

O movimento da Promoção da Saúde influenciou de maneira profunda a compreensão do termo saúde. Para se pensar neste conceito a partir deste momento histórico faz-se necessário uma breve introdução sobre a Promoção da Saúde e sua influência no entendimento da saúde ao longo do século XX até os dias atuais.

O *Canadian Lalonde Report* (1974) foi uma das primeiras iniciativas a pensar a saúde neste sentido e propôs objetivos de Promoção da Saúde fazendo uma ampla análise da saúde no Canadá. Nos anos 70, a Promoção da Saúde relacionava-se com as medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida. Com isso, o conceito de Promoção da Saúde apontado por Leavell e Clark passa a ser inapropriado. Este novo modelo transfere a atenção da saúde pública do espaço de transmissão das doenças para os corpos das pessoas e para os seus locais de moradia e trabalho (CARVALHO, 2004; CZERESNIA, 2003; RESTREPO, 2001).

Nesta concepção, baseada no Informe de Lalonde, de caráter behaviorista, as práticas giravam em torno de componentes educativos relacionados a comportamentos ditos de risco, que o indivíduo poderia controlar. Vale ressaltar que, nessa perspectiva, a pessoa tornava-se responsável pelos agravos que ocorriam em sua vida (culpabilização do sujeito pela doença), retirando do Estado obrigações essenciais à saúde das populações (CARVALHO, 2004; RESTREPO, 2001). Buss (2003) afirmou que uma das motivações centrais para este informe foi a crise econômica no atendimento médico, pois eram crescentes os custos com assistência médica.

As limitações desta concepção fizeram surgir uma nova perspectiva para a Promoção da Saúde, divulgada a partir da Carta de Ottawa, em 1986, um dos documentos fundadores do movimento atual nessa área. Nos países onde esse movimento teve mais ênfase – Canadá, EUA e países da Europa Ocidental – essa perspectiva tornou-se uma proposta de governo abrangendo uma idéia de responsabilidade múltipla, além de uma abordagem exclusivamente médica. Este termo, Promoção da Saúde, refere-se então a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade

(reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2003; CARVALHO, 2004; CZERESNIA, 2003; RESTREPO, 2001).

Promoção da Saúde passa a ser definida como: “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (OMS, 1986 descrito em BUSS, 2000: 167). As práticas em Promoção da Saúde ampliam-se para além dos centros de saúde e passam a contemplar o componente educativo, agregando um novo conceito, o *empowerment* que inclui, além do desenvolvimento de habilidades pessoais, o reforço comunitário. O *empowerment* passa a ser uma estratégia para estas práticas, visto que é essencial capacitar as pessoas para que, além da mobilização coletiva gerando mudanças sociais na saúde, o indivíduo seja capaz de ampliar seus conhecimentos e as suas possibilidades de escolha (BUSS, 2000; CARVALHO, 2004; TEIXEIRA, 2002).

Após a Conferência de Ottawa, outras conferências internacionais foram realizadas e produziram diversos documentos e declarações. Dentre elas pode-se destacar a Conferência de Adelaide-Austrália em 1988 sobre “As políticas públicas de saúde”. Em 1991 houve a Conferência de Sundsvall-Suécia, com o tema “Ambientes favoráveis para a saúde”, relacionando os fatores ambientais com a saúde dos indivíduos. A Conferência e declaração de Santa Fé de Bogotá-Colômbia, em 1992, com a participação de todos os países da América Latina, que tratava da equidade para a promoção da saúde. Além destas, também houve outras: a Conferência e Carta de Trindade e Tobago em 1993; a Conferência e Declaração de Jakarta em 1997, considerada a segunda grande conferência internacional depois de Ottawa, com enfoque na mobilização do setor privado como aliança para as estratégias de saúde; e a V Conferência Mundial de Promoção da Saúde no México em 2000 (CZERESNIA, 2003; RESTREPO, 2001).

Todos estes documentos concentram as discussões em torno das necessidades mais gerais da saúde dos indivíduos e populações, abordando temas como: análise da metodologia e da infra-estrutura visando à promoção da saúde, sob diversos paradigmas e abordagens; interação das ciências físicas, biológicas e humanas no domínio da saúde, realçando a natureza holística do ser humano; avaliação judiciosa dos fatores que influenciam a saúde estimulando, numa perspectiva eclética, a troca de idéias e

conhecimentos. Assim, um paradigma biopsicossocial iniciava as práticas de Promoção da Saúde, não substituindo o paradigma biomédico, mas ampliando-o, considerando o indivíduo como um todo, observando-o em seu contexto social e físico.

A partir do movimento da Promoção da Saúde, a saúde passa então a incorporar e a ser incorporada por diversos domínios de conhecimento, representando um estado subjetivo, dependendo dos valores individuais, a ser considerados nas avaliações. Este conceito vai além do biológico, pois é uma categoria subjetiva e não surge de modo fatalista, visto que cada um compreende saúde de acordo com as exigências do seu universo.

Atualmente a conceituação de saúde tem sido uma preocupação freqüente nos estudos, tanto na área da saúde, quanto das outras, e é possível observar que as concepções diferem entre si em alguns aspectos, destacando alguns grandes grupos: as definições que consideram o meio em que as populações vivem; as concepções que destacam a capacidade de realizar as tarefas e desempenhar papéis sociais; e uma perceptiva, que olha como o indivíduo percebe a saúde em si, envolvendo valores e a história de vida (FARINATTI, 2006).

As concepções de saúde que consideram o ambiente estabelecem uma relação de suscetibilidade aos problemas de saúde e à estabilidade no ambiente, como a abordagem feita por Terris (1996), que apontou que para a epidemiologia da saúde era preciso que o indivíduo se adapte ao meio ambiente.

As definições que se preocupam com as questões de saúde como relacionadas diretamente ao cotidiano dos indivíduos, como a definição de Teixeira (2002) em que saúde não pode ser pensada como o objetivo final da vida, mas sim como o meio para que se realizem os desejos, postulam que a saúde está relacionada ao contexto de vida e às atividades realizadas, ou não, pelos indivíduos, tendo relação com os seus desejos e expectativas. Porém para Farinatti (2006) esta abordagem transforma saúde em satisfação com as necessidades cotidianas, olhando somente o que o indivíduo faz e não o que pensa e sente. Vale ressaltar que isto acontece em alguns modelos, enquanto em outros a saúde é compreendida como um estado que permite ao indivíduo realizar seus objetivos vitais em seu ambiente padrão, e a doença é o que impede a realização de tais objetivos. Corroborando esse pensamento, Santos (2001) afirmou que a saúde é necessária para que os

indivíduos sejam capazes de identificar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao ambiente.

A abordagem que caracteriza saúde pelo modo perceptivo é representada pelos trabalhos de Sigerist (1974), partindo da idéia de que fatores como recursos naturais, emoções, relações sociais e oportunidades de desenvolvimento pessoal fazem parte da saúde. Outra forma que está presente nesta abordagem é a definição holística da saúde, cujos autores a consideram não como um patrimônio estável e fácil de alcançar, mas como um fator a ser trabalhado e construído por toda a existência, por meio de uma adaptação positiva aos papéis desempenhados na sociedade. Tem relação com o sentido que se dá à vida (FARINATTI, 2006).

Além dessa visão, a concepção mais perceptiva abrange ainda uma explicação baseada na teoria dos sistemas. Esta concepção nasceu como necessidade de reorientação das pesquisas científicas, contestando o modelo cartesiano. Desta forma, as totalidades complexas são analisadas considerando a inter-relação entre seus elementos, e não somente suas características individuais. Considera-se a homeostasia de diversos sistemas nos quais se insere o indivíduo. Todos os aspectos como natureza espiritual, social, física e mental são consideradas não como partes separadas, mas como integradas em uma totalidade. Nesta visão sistêmica, pode-se citar Capra que, já em 1982, olhando para o ser humano como um ser complexo e multidimensional, considerava a característica dinâmica da saúde, e a descrevia como um processo contínuo, envolvendo um “equilíbrio dinâmico” entre os aspectos físicos, psicológicos, bem como a interação social e com o meio ambiente. Caponi (2003) foi na mesma direção afirmando que as pessoas não permanecem constantemente em estado de bem-estar, e ponderou que esta é a maior dificuldade do conceito da OMS, pois a saúde possui um caráter mutante, móvel e subjetivo.

Pensando na subjetividade envolvida na saúde, Canguilhem (1990) afirmou que, se por um lado ela reflete as atividades orgânicas, como ser humano a subjetividade também deve estar presente. Para Canguilhem (1990), a saúde deve ser pensada como a possibilidade de ficar doente e de recuperar-se da doença, pois para ele “...a possibilidade de abusar da saúde faz parte da saúde” (CANGUILHEM, 1990, p. 162). Caponi (2003), com base nos escritos de Canguilhem, descreveu que a saúde deve ser pensada como “abertura ao risco” e, tendo em vista os acidentes possíveis no decorrer da vida, esse

conceito não pode ser considerado como a capacidade de não errar (ser anormal ou adoecer), mas sim como a capacidade de enfrentá-los. Para esta autora, a saúde passou a ser, então, a forma de administrar de maneira autônoma esta margem de risco que se tem ao viver.

Minayo (2006) também definiu saúde abarcando o lado perceptivo, descrevendo-a como um conceito muito abrangente, cujos significados estão freqüentemente associados à sua utilização. A definição apontada na Carta de Ottawa contempla este lado abrangente citado por Minayo e descreve a saúde como resultante da ação da sociedade e da pessoa, considerando como requisitos básicos fatores tais como: a justiça social, a equidade, a educação, o saneamento, a paz, a habitação, o salário digno, a estabilidade do ecossistema e a sustentabilidade dos recursos naturais.

Seguindo esta linha de pensamento, a autora determina alguns parâmetros para a saúde ideal. Utilizando a imagem do “homem” de Leonardo da Vinci, a autora diferencia cinco indicadores de saúde: condições de vida, políticas sociais e políticas de saúde, práticas de atenção à saúde, desenvolvimento técnico-científico em saúde e sistema de crenças e valores sobre saúde-doença.

Representando cada parte do corpo, o primeiro parâmetro das condições de vida seria a cabeça e a coluna vertebral, retratando os níveis de renda, salário, emprego, trabalho, segurança e proteção social. As políticas sociais e de saúde estariam no braço esquerdo, ou seja, as ações do Estado e da sociedade civil para superar as condições adversas como o direito ao trabalho, o acesso à educação, à moradia, ao transporte público, ao lazer, à seguridade social, elementos de proteção social e da vida. Este braço também abrigaria as ações do Sistema de saúde. O braço direito simbolizaria as ações do desenvolvimento científico e tecnológico que garantiriam uma sociedade saudável. As ações, técnicas e conhecimentos dos profissionais da saúde integrariam a perna esquerda da figura e a perna direita, como outro apoio, seriam os conjuntos de valores sociais e culturais definindo nosso sistema de crenças sobre saúde-doença e sobre as ações públicas e privadas neste sentido (MINAYO, 2006). A autora concluiu que para uma saúde ótima, além das doenças, fatores como a promoção do bem estar, da longevidade e da qualidade de vida são determinantes.

Vale ressaltar que atualmente são comuns as propostas que combinam as abordagens, ressaltando o caráter multidimensional e complexo da saúde, envolvendo fatores socioeconômicos, modos de vida, os papéis sociais e em grupo, bem como os aspectos adaptativos e subjetivos como o sentimento de bem estar e a noção de equilíbrio dinâmico da saúde como um processo.

2.2 A velhice

“Desejo que você, sendo jovem, não amadureça depressa demais e, sendo maduro, não insista em rejuvenescer, e que sendo velho, não se dedique ao desespero. Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor, e é preciso que eles escorram entre nós.

(Victor Hugo)

Considerar a velhice como doença e acreditar que não é possível desenvolvimento nesta fase é uma visão preconceituosa do envelhecimento, porém é exatamente o que se encontra frequentemente no imaginário social. Programas voltados para este segmento e pesquisas científicas têm feito esta relação (GARCIA et al., 2005; KARSCH, 2003; PERUSSI, 2002). Santos (2001) afirmou que esta correlação entre velhice e doença, apesar de não ser verdadeira, inevitavelmente faz parte do modelo que se tem do velho, visto que, como descreveu Lopes, (2000) em nossa sociedade capitalista, velhice e doença são vistas como sinônimos. Para autores como Minayo e Coimbra Jr (2002) este fato ocorre principalmente por se estabelecer o jovem como padrão para a beleza e a saúde e, além disso, os “atores” quando falam pelos idosos, retratam simplesmente as perdas advindas dos sinais de desgaste do corpo.

Um estudo realizado por Uchôa e colaboradores (2002), no interior do Estado de Minas Gerais, mostrou exatamente esta visão negativa da velhice. Segundo esta pesquisa, o conceito depreciativo do velho está nos moradores da cidade e não nos próprios idosos que, em contraposição, tinham uma visão positiva de si próprios. Os autores, deste estudo, concluíram que a visão externa negativa é afirmada pelo ideal produtivista do capitalismo. Este ideal capitalista gera um sentido de improdutividade dos idosos e, conforme afirmou Santos,

[...] aí que reside o eixo central das conotações negativas do Ser Velho em nossa sociedade. Em realidade, é essa “improdutividade” e o que ela representa,

ampliada em termos sociais e psíquicos, como impotente, não criativo, declinante, que dá sentido definitivo, inexorável da velhice em nossa cultura (SANTOS, 2001 p. 43).

A autora complementou que a negatividade da velhice é similar à depreciação do estar doente, no sentido de ser incapaz de trabalhar, o que, econômica e socialmente, gera preconceitos. Nota-se então, mascarando estes possíveis preconceitos, uma ampliação nos termos para designar velhice, tais como: adulto maduro, idoso, melhor idade e, o mais comum, terceira idade. Neri (2001a) salientou que é importante saber as razões de se utilizar tais termos, pois o problema não está na palavra em si, mas no eufemismo, disfarçando o estigma que carrega o envelhecimento. Para Minayo e Coimbra Jr (2002) o problema não é somente o preconceito, e sim o peso social com que a velhice passa a ser considerada para a família e para a sociedade. Com esse símbolo no imaginário social retira-se dos idosos a capacidade de pensar seu próprio destino.

Do ponto de vista biológico, autores como Gallahue e Ozmun (2001), Neri (2001b), Jeckel-Neto (2001), Okuma (1998) e Wilmore e Costill (2001) descreveram que o envelhecimento compreende os processos de transformação que ocorrem no organismo após a maturação. Essas alterações orgânicas diminuem a aptidão física dessas pessoas no que se refere à capacidade aeróbia, força muscular e à capacidade funcional em geral, e as pesquisas frequentemente enfatizam este caráter biológico do envelhecimento.

Tais alterações não ocorrem cronologicamente na velhice, porém frequentemente são consideradas como características representativas da fase, pois, como explicou Debert (1998), as fases da vida são divididas em categorias (infância, adolescência e a velhice) para homogeneizar e, além de serem impostas, variam de sociedade para sociedade e de época para época. Esta homogeneização, segundo Lopes (2000), acontece devido à demanda dos setores de consumo e a velhice, sendo considerada uma categoria única, passa a ser generalizada para fins específicos como, por exemplo, no atendimento à saúde, não levando em conta as diferenças individuais.

O idoso é tido como a pessoa com 60 anos ou mais e, no Brasil a população idosa aumentou de 5,5 milhões, em 1980, para 23 milhões em 1999, e estima-se que em 2025 será de 32 milhões (VERAS e CALDAS, 2004). Este aumento na longevidade representa desenvolvimento da medicina e da prevenção de doenças nos dias atuais, porém, como apontou Lopes (2000), ocasiona falência nos serviços públicos voltados a essa população,

além de um alto custo de atendimento pelo setor privado. Vale ressaltar que o preconceito contra os idosos surge não somente devido a esse aumento na longevidade e seus prejuízos econômicos, mas principalmente à generalização quanto a seus comportamentos e atitudes.

Do ponto de vista antropológico, Debert (1998) descreveu que a velhice não é uma categoria natural e, sim, socialmente construída. Para ela, a idade não pode ser considerada um dado da natureza, visto que as fases da vida não são qualidades que os indivíduos adquirem ao longo do tempo, mas são manipuladas e estipuladas pelo Estado, baseadas em um sistema de datação que não leva em conta a maturidade das pessoas, mas sim a idade cronológica. Estas categorias baseadas na idade cronológica servem para controlar a vida das pessoas nas sociedades ocidentais, definindo papéis, tais como a entrada na escola e no mercado de trabalho, bem como o status, como na maioridade legal. Gusmão (2001) afirmou que esta categorização nos leva a acreditar que as representações sobre velhice têm significados distintos em culturas diferentes, o que implica afirmar que as pesquisas não podem se basear somente nas idades, especialmente no caso dos idosos que representam uma classe heterogênea. Lloret (1998) ressaltou que a sociedade faz com que sejamos crianças, jovens, adultos e velhos, pois os grupos sociais, segundo a autora, são pré definidos. Ela afirmou ainda que “pertencemos” a uma idade e não que “temos” uma idade.

Corroborando estas idéias, Neri (2001a) complementou que a idade influencia a expectativa de desempenho quanto à ocupação das pessoas, e a atitude em relação aos idosos, por exemplo quanto o trabalho, é de considerá-los incapazes. Existem papéis e comportamentos adequados para cada idade, afirmou a autora, e durante o envelhecimento, espera-se que os idosos parem de trabalhar, pois é a época imposta para a aposentadoria.

Com isso, muitos idosos não consideram que estejam na velhice, exatamente por não apresentarem as características ditas “normais” para esta faixa etária. Minayo e Coimbra Jr (2002) apontaram que devido a esta rotulação do envelhecimento gera-se um cuidado social estereotipado: recolhimento interior (eufemismo para o afastamento do trabalho), inatividade (rotulação dos aposentados), prevenção de doenças (medicalização da idade) e festinhas da terceira idade (infantilização desta fase). A desvalorização do idoso, além de se basear nos estereótipos já citados anteriormente, também reforça a idéia de que no envelhecimento não há possibilidade de desenvolvimento. Estes rótulos são reforçados

pela Psicologia Desenvolvimentista do século XIX, que declara haver crescimento na infância, estabilização na fase adulta e declínio na velhice (NERI, 1995).

A partir de tais afirmações parece impossível trabalhar com os idosos sem acreditar que esta é uma fase de declínio. Porém, pelo paradigma Life Span (desenvolvimento ao longo da vida) ou Perspectiva do Curso de Vida, esta idéia tem sido superada na psicologia do envelhecimento. Segundo esta teoria, o envelhecimento compreende um processo exclusivo dos seres vivos e engloba transformações que ocorrem após a maturação sexual e que são diferentes de indivíduo para indivíduo. Utilizando conceitos da biologia e da física, esta teoria parte da idéia de desorganização crescente do sistema, influenciada por múltiplos fatores: genéticos, biológicos, ecológicos, psicológicos e sócio-culturais. Não somente as perdas são consideradas, mas uma interação entre perdas e ganhos ao longo de toda a vida (BALTES e SILVERBERG, 1995; NERI, 1995; SIQUEIRA, 2001).

Siqueira (2001), descrevendo as Teorias Sociais do Envelhecimento, afirmou que o modelo de curso de vida foi criado na Sociologia e na Psicologia, e teve origem no século XIX, com o trabalho de Rowntree, um economista social que dissertou sobre pobreza e os estágios da vida. A Perspectiva do Curso de Vida, segundo Siqueira (2001), favorece a compreensão do envelhecimento pois, além de interligar os âmbitos sociais, históricos e pessoais, utiliza princípios e métodos multidisciplinares (antropologia, sociologia, psicologia e história), focaliza o curso de vida na sua totalidade, enfatizando a característica heterogênea da velhice.

Nesta perspectiva, a noção de tempo intrínseco é ressaltada como conceito importante para o envelhecimento, e não mais a idade cronológica. Especificamente nos seres humanos, o ambiente físico e social também atuam conjuntamente para o funcionamento dos sistemas. Além disso, a teoria do Curso de Vida retrata a influência de algumas classes sobre o desenvolvimento, que Neri (2001a) denominou de normativas por idade, normativas por história e não normativas.

As influências normativas por idade são os determinantes biológicos e ambientais relativos à idade cronológica como, por exemplo, a maturação biológica. Já as normativas por história englobam as mudanças na unidade cultural. São fatos experienciados por todo um grupo, como as guerras. Por último, as influências não normativas ocorrem sem

previsão e, normalmente, são muito significativas para os indivíduos e grupos, como por exemplo a perda de emprego. Estas três classes de influência mudam ao longo da vida e interagem entre si possuindo efeitos acumulativos que diferem entre as pessoas, formando perfis diferenciados. Estas mudanças não são unidirecionais e acumulativas, são multilíneas e descontínuas e ocorrem em qualquer época da vida, apesar de serem mais evidentes no envelhecimento, principalmente devido à influência dos eventos não normativos.

A velhice por vezes é considerada sinônimo de doença, porque os eventos não normativos que ocorrem nesta fase são associados a patologias e, além disso, nesta etapa da vida há um aumento na ocorrência dos eventos inesperados que causam impacto na capacidade funcional das pessoas.

Segundo Baltes e Silverberg (1995), Neri (2001a) e Neri e Yassuda (2001), para envelhecer bem é preciso que o indivíduo saiba lidar com os eventos inesperados, para que haja um equilíbrio entre as limitações e as potencialidades, e o idoso se adapte a diferentes graus de eficácia e às perdas comuns do envelhecimento. É importante salientar que tais perdas são possíveis de serem compensadas. Uma investigação realizada com tipógrafos jovens e idosos é um exemplo disso, demonstrando que não houve diferenças na precisão com que ambos copiavam textos. Os idosos, mesmo com menor velocidade de movimento manual, apreendiam trechos maiores de texto para compensar o ritmo mais lento de digitação (BALTES E SILVERBERG, 1995).

Ter uma velhice boa e saudável tem sido uma das grandes preocupações do ser humano e tem relação com a “manutenção dos níveis habituais da adaptação do indivíduo” (BALTES; SILVERBERG, 1995). Segundo Neri (1995, p.38) o envelhecimento bem sucedido é:

[...] uma condição individual e grupal de bem estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece, e às circunstâncias de sua história pessoal e de seu grupo etário [...] É preservar o potencial individual para o desenvolvimento respeitando os limites da plasticidade de cada um.

Para o envelhecimento bem sucedido é preciso que os indivíduos possam ter boas condições (educação, urbanização, habitação, saúde e trabalho) durante todo seu curso de vida. Além disso, fatores como ordem econômica, potencial de desenvolvimento de

adaptação e estímulo à flexibilidade individual e social devem ser alcançados durante toda a vida. Durante a velhice, se vivida em condições ótimas de saúde e ambiente, é possível manter o desempenho, adquirir conhecimento, manter relações sociais, aprimorar a capacidade de auto-regulação e assim diminuir os prejuízos e conservar a autonomia (NERI, 1993).

Torna-se muito importante enxergar esta fase da vida com outros olhos, pois é notável o aumento desta faixa da população e, além disso, principalmente quem trabalha com o idoso precisa compreender o envelhecimento a partir de quem o vivencia. Nas visões contemporâneas de saúde a velhice é percebida não somente pelos declínios e é possível acreditar no envelhecimento com saúde. Neste sentido as práticas em saúde para idosos assumem um papel importante no favorecimento da saúde no envelhecimento.

Teixeira (2002) analisou também que, especialmente no envelhecimento, período em que ocorrem prejuízos na independência e na autonomia devido às perdas fisiológicas, psicológicas e sociais, associadas à imagem negativa do envelhecimento, as intervenções em saúde precisam basear-se nos novos conceitos de saúde e Promoção da Saúde cujo sentido é biopsicossocial. Ramos (2003) afirmou ainda que, tais práticas embasadas nos ideais desta nova corrente, adquirem um papel importante na capacitação dos idosos. Para esses autores, tais práticas assumem um papel importante na capacitação dessa população, exatamente por disseminarem informações e construírem ações que preconizam hábitos de vida saudáveis para um envelhecimento bem sucedido.

No contexto do envelhecimento Baltes e Silverberg (1995) afirmaram que aumenta a necessidade de autonomia, tendo em vista que é preciso manter a integridade do ego, pois a aposentadoria, a perda de papéis, o aumento dos problemas de saúde e de incapacidade física exigem reorientação. O autocuidado é apontado por Derntl e Watanabe (2004) como um comportamento necessário para os idosos, pois favorece o desenvolvimento de atitudes pessoais e a aquisição de habilidades e conhecimentos visando à adoção de condutas favoráveis à saúde.

O autocuidado se relaciona com as propostas da Promoção da Saúde, pois além de envolver as modificações no estilo de vida, alerta para os determinantes socioeconômicos e culturais, que são o ponto de partida deste processo. Orem (1995) definiu o autocuidado como atividades realizadas pela pessoa, por sua própria vontade, a fim de manter bem sua

vida, saúde e bem estar. Na própria Carta de Ottawa, o autocuidado não é mais concebido como as ações dirigidas para a modificação de hábitos de vida prejudiciais à saúde.

Derntl e Watanabe (2004) consideraram a autonomia como necessária ao autocuidado e, especificamente nos idosos, tem relação com os novos olhares de saúde para esta população. Para estas autoras, o grau de competência e a capacidade funcional são importantes para o indivíduo idoso manter suas atividades físicas e mentais, necessárias para a vida independente e autônoma. O autocuidado passa a ser uma competência do idoso para as atividades da vida diária. Neste contexto, autonomia para o autocuidado na ótica da Promoção da Saúde, é considerada como possibilidade de se autogovernar para se autocuidar.

Neste sentido, a Educação em Saúde como uma estratégia educativa da Promoção da Saúde, assume o papel importante no favorecimento da autonomia desses sujeitos rumo à sua saúde. Candeias (1997) descreveu a Educação em Saúde como sendo uma estratégia para a aprendizagem, que favorece ações, conscientes e voluntárias, visando à saúde do indivíduo. Derntl e Watanabe (2004) ao compartilhar desta idéia, avaliaram que o autocuidado deve ser uma das finalidades desta educação, tendo em vista a preocupação do indivíduo consigo e com a sociedade em que está inserido.

A Educação Física, atrelada à Educação em Saúde, possibilita, por meio de suas práticas, o favorecimento da autonomia dos idosos e o autocuidado para melhoria da sua saúde. Mas qual atividade física favorece isto? Qualquer prática pode auxiliar neste objetivo?

2.3 A Educação Física “promovendo” saúde

*“Dou-me o direito
De aprender,
De ensinar,
Mas sendo sempre aprendiz”*

(J. Romero Antonialli)

Em publicação recente da Revista do Cref de São Paulo (Agosto de 2007) o conselheiro deste órgão, José Maria de Camargo Barros, mencionou que os profissionais de Educação Física são fundamentais para a área da saúde. Neste artigo, intitulado

“Profissional de Educação Física na equipe multidisciplinar de saúde” Barros (2007) defendeu a importância desse profissional para a saúde da população, economizando nos custos médicos. Neste sentido a prática de exercícios físicos estaria associada à saúde, e os profissionais poderiam ajudar na promoção da saúde da população.

Neste sentido, a saúde é reduzida a mera ausência de doenças. Observamos uma Representação Social de saúde reducionista de um dos representantes da área da Educação Física, o que é preocupante. A construção de sentido acontece devido a construção de idéias sociais e principalmente por meio das representações sociais construídas com base em opiniões influentes como esta. Temos então um cenário deficiente, a saúde reduzida a mera ausência de doenças e a Educação Física, na área da saúde, como um simples remédio para a cura de doenças.

Devemos nos preocupar ainda mais, quando observamos a mídia divulgando os benefícios da atividade física para a saúde e um número crescente de estudos científicos associando esta prática à redução de doenças e ao aumento da expectativa de vida. Não podemos negar estes benefícios, mas não é somente esse o papel da Educação Física, e o problema está no reducionismo da área e no despreparo de profissionais, que assumem tais afirmações como verdade absoluta. O paradigma biomédico ainda é enfatizado na Educação Física, privilegiando os aspectos fisiológicos em detrimento dos sócio-culturais resultando num fenômeno do tipo “causa e efeito”, colocando a saúde (não ter doenças) como consequência da atividade física (BAGRICHEVSKY e PALMA, 2005; FARINATTI, 2000; PALMA, 2001).

Segundo Devede (1996), a Educação Física como área de atuação foi influenciada ao longo dos anos por diversas instituições, e uma delas é a Medicina. Conforme sua descrição, a Educação Física está associada à saúde principalmente quando esta é considerada a ausência de doenças, pois a prática de atividades físicas favorece benefícios orgânicos. Entretanto, é de grande importância destacar desde quando a Educação Física é influenciada pela Medicina.

No século XIX a preocupação com os hábitos higiênicos era crescente na Europa, como visto anteriormente, devido à industrialização e às más condições de vida que os funcionários eram obrigados a aceitar. No Brasil esta corrente, preocupada com a higiene da população, ficou conhecida como Movimento Higienista, e se expandiu na área da saúde

com o objetivo de valorizar as pessoas como capital humano e, para tanto, deviam estar bem fisicamente para a produção (GOIS JUNIOR; LOVISOLO, 2005). Este movimento, inevitavelmente positivista, ditava normas e hábitos para que a população as seguisse. Segundo Bracht (1999), Góis Junior e Lovisolo (2005) a Educação Física durante o início do século XX era uma área jovem com problemas na formação da sua identidade e legitimidade, e se apropriou do Movimento Higienista como forma de pensamento e atuação.

De acordo com Ghiraldelli Junior (1998) a influência do Movimento Higienista na Educação Física perdurou do fim do Império até a Primeira República (1889-1930). A influência foi tão grande que neste período a Educação Física é denominada Educação Física Higienista. Esta concepção da Educação Física acreditava no lema “mente sã em corpo sã”, e a ela cabe o papel de produzir homens e mulheres sadios e fortes, dispostos à produção. Para isso, os profissionais da área precisavam disciplinar os hábitos das pessoas para que elas se afastassem de práticas que diminuíssem a saúde e a moral.

O desenvolvimento deste pensamento preocupado com a saúde das pessoas veio das elites, que não queriam problemas nas classes inferiores, o operariado. Este ideal foi absorvido das correntes precedentes da Educação Física, como é o caso da concepção Militarista. Ghiraldelli Junior (1998) destacou que não se deve confundir a Educação Física Militar com a concepção Militarista, pois aquela se preocupa com a formação dos militares e esta visa impor à sociedade padrões de conduta disciplinar. A corrente Militarista da Educação Física também se preocupou com a saúde das pessoas, mas seu principal objetivo era ter uma nação forte, capaz de suportar o combate, visando eliminar os incapacitados físicos.

Influenciado pelo pensamento autoritário e fascista da época, a Educação Física Militarista teve seu ápice quando em 1933 foi fundada a primeira Escola de Educação Física do Exército, orientando as ações desta área. Durante este período o Brasil e a Alemanha tinham relações comerciais e, conseqüentemente, pensamentos e ideais eram trocados. Na Europa o fascismo e o nazismo eram dominantes e o exército brasileiro abraçou a idéia de hegemonia raças. Como a Educação Física tinha suas ações centradas na Escola de Educação Física do Exército, este ideal dominou as ações dos profissionais que com ela atuavam.

Segundo Kolyniak Filho (1996) a Educação Física teve origem nos discursos médico e militar, que são distintos e complementares. Alguns autores como Gaya (1989) e Gonçalves (1989) apontam que a Educação Física parece não ter identidade própria, agregando outros sistemas, como os discursos médicos e militar, e não definindo seu próprio papel social. Esta crise de identidade da Educação Física não é passado, na verdade teve origem na própria formação da área e se mantém até hoje.

Atualmente, nos programas em que se estabelece uma relação entre a Educação Física e a saúde, frequentemente esta ocorre via aptidão física (FARINATTI, 2000; NAHAS et al., 1992). Esta associação da atividade física e saúde por meio da melhora na aptidão física teve início na década de 60 e 70 nos Estados Unidos, cuja ênfase era na melhora do estilo de vida das populações. Barbanti (1990) destacou que em 1968 Cooper publicou o livro “Aptidão física em qualquer idade” que desafiava as pessoas a cuidarem de seu estilo de vida combatendo as doenças e melhorando a saúde. No Brasil este movimento se iniciou na década de 80 com a criação da “ginástica aeróbica”. Praticar exercícios era algo que conferia prestígio, e as celebridades apareciam na mídia divulgando a imagem da vida ativa. Atividade física era tida como o “seguro de vida” para as pessoas. No livro de Barbanti em 1990 intitulado “Aptidão Física: um convite à saúde” o autor faz uma relação direta entre saúde e atividade física (via aptidão física) quando aponta o seguinte esquema: DOENTE -> Aptidão física -> SAÚDE ÓTIMA.

De fato a influência do exercício é benéfica, melhorando os componentes da aptidão física como: a resistência cardiorrespiratória, a força, a composição corporal, a flexibilidade e a resistência muscular. Porém o que é importante levar em consideração é esta relação causal que se estabelece entre a prática de exercícios e a melhora da saúde, como citado anteriormente. A Educação Física tem o papel de contribuir para a saúde das populações, mas não é somente nesta relação simplista, que reduz o conceito de saúde, e até mesmo a atuação do profissional. Há outras questões, psicológicas e sociais, envolvidas na Promoção da Saúde que ultrapassam a melhora da aptidão física.

Os programas de Educação Física precisam ampliar a visão para além do paradigma biomédico, enfatizando a capacidade humana, de refletir sobre si e o mundo, favorecendo a autonomia, algo priorizado nas novas concepções de Promoção da Saúde. Além disso, a Educação Física precisa olhar para o idoso e acreditar em seu possível

desenvolvimento, pois como enfatizaram Cachione e Neri (2004 p. 13) “A educação é um processo contínuo vivido pelo ser humano ao longo de toda a vida”.

No caso do envelhecimento, essa propaganda de que a prática é capaz de prevenir e retardar a velhice é comum nos dias de hoje. Segundo Farinatti (2000), alguns programas até consideram relevante a relação da atividade física com a autonomia do sujeito (aspecto importante quando se fala de Promoção da Saúde nos idosos), porém, por vezes se confunde autonomia com independência física e esta é apresentada como resultado de um mero treinamento para as capacidades físicas, desconsiderando as outras dimensões da existência humana. Vale ressaltar que a independência física é de extrema relevância. No entanto nos idosos, cuja limitação física por vezes se faz presente, a intervenção deve enfatizar aspectos que desenvolvam as suas potencialidades, levando em consideração que o potencial humano para o desenvolvimento não se encerra na velhice e, conforme afirmou Neri (2004), para um envelhecimento bem sucedido também são importantes, além da independência, a manutenção da autonomia e o envolvimento ativo com a vida social .

E de que forma se deve atuar junto a esta população para favorecer a autonomia?

Autonomia é compreendida aqui como a capacidade de se autogovernar, e decidir conscientemente sobre suas ações a partir da reflexão baseada em princípios morais. Segundo Silva Júnior et al.(2006), a educação é o meio para se atingir este objetivo. Para esses autores, é por meio da educação que se capacita e se forma as pessoas. Vale ressaltar que, conforme apontou Freire (1983), o aprendizado deve apoiar-se no fato de que, como seres humanos, somos seres pensantes e este pressuposto deve embasar as práticas educativas, levando os educandos à consciência crítica.

No contexto do envelhecimento, Neri e Cachione (1999) apontaram a educação como fundamental para a velhice bem sucedida. Segundo as autoras, além de desenvolver este tipo de educação “compensatória”, os programas educacionais para esta faixa etária devem favorecer o auto-conhecimento, a auto-realização, visando o desenvolvimento psicológico e espiritual dos idosos. Ao contrário do que se acreditava na Psicologia Desenvolvimentista, os idosos, como seres humanos, são seres inacabados e a educação deve ser permanente. Conforme citou Freire, “É na inconclusão do ser, que se sabe como tal, que se funda a educação como processo permanente, não foi a educação que fez de nós

educáveis, mas a consciência de inconclusão que gerou a educabilidade” (FREIRE, 1996, p.64).

Neste sentido, Derntl e Watanabe (2004) afirmaram que o método mais adequado para se trabalhar com Educação em Saúde com idosos é uma perspectiva educacional que fortaleça a autonomia do educando e que tenha como eixo central a Pedagogia Freireana, que atribui ao educador a função de despertar no educando a curiosidade, formando o senso crítico. Para Paulo Freire (1996), aprender criticamente é formar a autonomia. Por meio do diálogo (professor e aluno) é possível uma relação igualitária que favorece o conhecimento e, segundo o autor, esta é a melhor opção para que o aluno aprenda, escolha e se conheça com liberdade, favorecendo a sua autonomia. Neste sentido as práticas em saúde, à luz do ideário da Promoção da Saúde, encontram na Pedagogia Freireana um grande suporte para um modelo pedagógico de atuação.

Pereira (2003) descreveu os métodos pedagógicos e sua relação com a prática educativa na Saúde e apontou a Pedagogia Libertadora (Paulo Freire) como a melhor proposta de ensino, pois possibilita a participação ativa do educando no processo de aprendizagem. Segundo esta autora, o objetivo da Educação em Saúde deve ser o desenvolvimento das potencialidades humanas e algumas pedagogias desfavorecem a natureza humana de refletir sobre si e o mundo, e é exatamente este o diferencial da Pedagogia Libertadora.

Conforme apontou Santos (2001), utilizando a Promoção da Saúde para embasar as práticas, o educador como agente de mudança nas atitudes e condutas da população e de seus dirigentes deve considerar a participação popular como importante na administração das decisões de saúde. Para Bydlowsky et al. (2004), as decisões rumo à saúde são do indivíduo e ele necessita se sentir capaz de realizá-las. Neste contexto, segundo Silva Júnior et al (2006), os ideais freireanos são adequados, visto que objetivam capacitar as pessoas para que tenham condições de tomar decisões visando conquistar seus objetivos.

Entendendo a Educação Física como uma prática em saúde, é fundamental que se objective o desenvolvimento da autonomia do educando e também do *empowerment*. Não somente no sentido de fazer escolhas conscientes mas de, através da educação, favorecer a autonomia do aluno para que reflita sobre sua situação, capacite-se e busque alternativas de

práticas que mais lhe agradem, ou que possam fazer. Seria a educação para transformação, como é preconizado por Paulo Freire

Considerando a autonomia como uma condição humana, quem é dependente do outro para tomar decisões não exerce sua capacidade humana e, por conseguinte, as relações horizontais, de igual para igual, devem ser preconizadas para que isso não aconteça. Com base neste pressuposto Gerez (2006), afirmou que a Educação em Saúde deve ter como ideal básico o diálogo libertador entre educador e educando. A educação verticalizada, com o saber centralizado no educador, foi apontada por Freire (1983) como uma educação “bancária”, que é “anti-diálogo”. O educador fala e os educandos escutam. Este tipo de prática é comum nas propostas em Educação Física.

O profissional de Educação Física frequentemente obriga as pessoas a fazerem atividade física porque ele acredita ser importante, (o professor como detentor do saber). Para Gerez (2006), é preciso que as pessoas descubram a importância da atividade física e decidam fazê-la, pois o papel do profissional da saúde, e principalmente o educador em saúde, como é o caso do educador físico, é mostrar que a saúde é um valor humano, um valor da vida, um valor coletivo e que a preocupação do indivíduo com sua saúde é fundamental.

Seguindo esta linha, Czeresnia (1999) citou que as escolhas em Promoção da Saúde estão no âmbito do valor, o que se torna essencial, e que foi evidenciado por Gerez (2006), é conhecer os valores impostos sobre o corpo. Este fato torna-se fundamental para a construção de uma consciência crítica que poderá conduzir a uma mudança de visão sobre a escolha entre fazer ou não atividade física.

Diante dessas considerações, uma pedagogia da autonomia na Educação Física deve comprometer-se com uma ação educativa que não somente transmita conhecimentos acerca de componentes biológicos do corpo, ou uma prática meramente mecânica, mas que possibilite a liberdade de discussão do ser que está inserido no mundo em sua totalidade. A educação deve ser o objetivo primordial da Educação Física e, para tanto, se faz necessário favorecer a reflexão do praticante, visto que a mera repetição de exercícios tira a capacidade humana do sujeito praticante, como foi apontado por Silva Júnior et al (2006). Dessa forma, os ganhos em aptidão física não poderiam ser considerados os principais objetivos a serem atingidos pelo programa de Educação Física, pois a prática não é um fim

em si , mas um meio para que as pessoas conheçam e aprendam suas limitações e potencialidades, facilitando o seu engajamento em tais práticas e ajudando o processo de desenvolvimento também em outras dimensões de sua vida (GEREZ, 2006; VELARDI, 2003).

A Educação Física, como uma estratégia de Educação em Saúde, principalmente no caso dos idosos, deve superar as práticas tradicionais, de simplesmente “fazer atividade física”, pois não são suficientes para desenvolver conhecimentos e valores e, assim, autonomia e posicionamento crítico. Faz-se necessário que, a partir destas práticas, os idosos aprendam sobre saúde, aprendam a se conhecer, discutam sobre as atividades e suas implicações e compreendam de maneira crítica o que fazem e possam, dessa forma, optar pelo que julgam necessário para a sua saúde (VELARDI, 2003; VERAS e CALDAS, 2004).

Partindo do pressuposto de que na velhice há um potencial de desenvolvimento e que é necessário estimulá-lo para que se tenha qualidade de vida apesar de limitações, a Educação Física pode desmistificar a premissa de que envelhecimento significa doença e que não é possível desenvolvimento nesta fase. Nesse sentido, a Promoção da Saúde como suporte para a atuação da Educação Física é de grande valia, tendo em vista a relação existente entre esta perspectiva e a teoria da Velhice Bem Sucedida, pois ambas acreditam na necessidade de favorecer a autonomia e o autocuidado das pessoas idosas. A Educação Física como ramo da Educação em Saúde deve auxiliar na Promoção da Saúde do idoso, propiciando a aprendizagem de novos conhecimentos com relação a sua saúde, suas capacidades e limitações, além de reconhecer o envelhecimento como um processo natural, modificando a atitude frente à velhice e favorecendo, dessa forma, o autocuidado e a autonomia desses sujeitos.

2.4 Compreendendo a subjetividade

*“Se as coisas são inatingíveis... ora!
não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
a mágica presença das estrelas!”*

(Mario Quintana)

Para compreender melhor este termo vamos adentrar nos estudos de Fernando González Rey, autor que utilizando as fontes teóricas de Vigotsky⁵, tem retratado a subjetividade. Embora Vigotsky não tenha enfatizado diretamente a subjetividade, suas pesquisas com um enfoque histórico-cultural acerca do desenvolvimento humano e sobre o psiquismo constituem um antecedente do conceito de subjetividade, compreendendo a psique humana como um processo subjetivo. Segundo González Rey (2003; 2005), a influência do marxismo e da dialética sobre o pensamento de Vigotsky contribuiu para que se superasse a dicotomia social/individual.

Entender o fenômeno psicológico como sendo de caráter subjetivo significa associá-lo ao caráter social e histórico, bem como sua natureza complexa. Para González Rey (2001; 2005), a subjetividade favorece o entendimento do sujeito e da sociedade como entidades inseparáveis, que se transformam mutuamente.

[...] é um sistema complexo de significações e sentidos subjetivos produzidos na vida cultural humana, e ela se define ontologicamente como diferente dos elementos sociais, biológicos, ecológicos e de qualquer outro tipo, relacionados entre si no complexo processo de seu desenvolvimento (GONZÁLEZ REY, 2002 p. 36-37).

Vimos anteriormente que diferente da conceituação de sentido dada no construcionismo social, a concepção de Vigotsky abarca também o indivíduo, descrevendo sentido como parte do sujeito e do contexto, diferenciando-o de significado.

O significado é apenas uma das zonas do sentido, a mais estável e precisa. Uma palavra adquire o seu sentido no contexto em que surge, em contextos diferentes altera o seu sentido. O significado permanece estável ao longo de todas as alterações do sentido (VIGOTSKY, 1993 p. 125).

Neste caminho, González Rey (2002; 2003; 2004; 2005) desenvolveu a categoria de sentido subjetivo para facilitar a explicação do desenvolvimento da emoção como resultado da união e confronto de elementos de sentido:

O desenvolvimento da categoria de sentido subjetivo facilita explicar que o desenvolvimento da emocionalidade é resultado da convergência e da confrontação de elementos de sentido, constituídos na subjetividade individual

⁵ Lev Semenovitch Vigotsky (1896-1934). Autor preocupado com a dimensão social do desenvolvimento humano. Interessado fundamentalmente no que chamamos de funções psicológicas superiores, e tendo produzido seus trabalhos dentro da concepção

como expressão da história do sujeito e de outros aspectos que aparecem por meio de suas ações concretas no processo de suas distintas atividades. Assim, o conceito de sentido subjetivo fundamenta uma concepção histórico-social da subjetividade [...] (GONZÁLEZ REY, 2005 p. 21).

Sentido subjetivo é definido pelo autor como uma atividade organizada pertencente à própria subjetividade individual, cujos processos simbólicos em geral, bem como as emoções e os significados, são integrados, porém cada elemento não determina o outro, mesmo podendo ser evocado pelo outro (GONZÁLEZ REY, 2004).

Vale ressaltar que, embora esta ênfase no indivíduo traga a idéia da subjetividade relacionada a um fenômeno individual, González Rey (2002; 2003; 2004; 2005) apontou que a subjetividade é um sistema complexo, produzido individual e socialmente de maneira simultânea. O autor divide-a em duas categorias: subjetividade individual e subjetividade social.

A subjetividade individual é construída não como a internalização do social, mas como constituição subjetiva individual, a partir da história da pessoa, que estando na sociedade influencia e é influenciada por ela.

A subjetividade se produz em espaços sociais constituídos historicamente; portanto, na gênese de toda a subjetividade individual estão os espaços constituídos de uma determinada subjetividade social que antecedem a organização do sujeito psicológico concreto, que aparece em sua ontogenia como um momento de um cenário social constituído no curso de sua própria história (GONZÁLEZ REY, 2003, p.205).

É importante destacar que de acordo com este autor a subjetividade social não é a soma das subjetividades individuais. Segundo González Rey (2005, p.24)

A subjetividade social apresenta-se nas representações sociais, nos mitos, nas crenças, na moral, na sexualidade, nos diferentes espaços que vivemos etc. e está atravessada pelos discursos e produções de sentido que configuram sua organização subjetiva.

Considerando as subjetividades, social e individual, como partes de um mesmo sistema, González Rey (2005) apontou que as produções de sentido são formadas pelas contradições entre esses dois níveis de organização que participam, simultaneamente, do desenvolvimento dos sujeitos e da sociedade. Desta forma a subjetividade social e

materialista predominante na União Soviética pós-revolução de 1917, tem como pressuposto básico a idéia de que o ser humano constitui-se enquanto tal na relação com o outro social (OLIVEIRA, 1992, p.24).

individual não são separadas e se relacionam, mas em “momentos diferentes de um mesmo sistema” (GONZÁLEZ REY, 2004 p. 145). O indivíduo produz sentidos subjetivos durante sua história de vida, organizando e reorganizando-se em configurações subjetivas.

Para que um elemento externo se torne sentido e significado para o indivíduo é necessário que se integre às suas configurações subjetivas, constituídas pela história de vida dos sujeitos. Acredita-se que os processos subjetivos iniciam-se com a vida e não abruptamente com a velhice. Tais processos subjetivos são singulares ao sujeito e, desta forma, cada indivíduo vive de modo singular as modificações que ocorrem com o envelhecimento. Nesse sentido, a forma como cada pessoa constitui subjetivamente suas mudanças corporais não se inicia na velhice, mas no desenvolvimento da sua vida. Em nossa sociedade, a velhice é vista como sinônimo de doença, pois o processo de perdas e declínios é evidenciado ocorrendo então à subjetivação, por parte dos idosos, de que velhice é sinônimo de doença.

Com base na discussão apresentada até então, entendemos que a constituição subjetiva do trinômio saúde, doença e envelhecer como objeto de estudo será conhecida apenas por um método que dê conta de sua totalidade, complexidade e dialética. Por não se revelar somente na exterioridade, exige-se um método que apreenda a sua essencialidade. Na próxima seção deste trabalho será descrito o caminho percorrido para encontrar um método que abarcasse o problema desta pesquisa.

3. PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

*“Quem sobe nos ares não fica no chão,
quem fica no chão não sobe nos ares.
Ou isto ou aquilo: ou isto ou aquilo . . .
e vivo escolhendo o dia inteiro!”*

(Cecília Meireles)

A velhice tem sido frequentemente associada à doença e a saúde, ainda hoje é vista como a ausência de doenças. Por que isto? Se anteriormente vimos que tais premissas estão sendo modificadas, por que este pensamento ainda está impregnado no imaginário

social? E os idosos? Como estas pessoas encaram suas vidas? Será que seus conceitos sobre saúde e velhice são resultado dos valores sociais impostos? E sua história de vida?

Na busca de referencial teórico que auxiliasse na resposta a tais questionamentos, as Representações Sociais foram o primeiro contato que tive com este saber socialmente construído, sendo apontado por autores como Santos (2001), como fundamental para se esclarecer as relações entre o binômio saúde e velhice. Segundo Chauí (2001) e Leite (2004) o ser humano vive inserido em sociedades que possuem normas e valores estabelecidos pela cultura, e esses símbolos, que ordenam a vida social, são interiorizados e recriados nas práticas sociais, mantendo assim um determinado controle sobre os indivíduos. Conforme apontaram estes autores, a cultura é o processo pelo qual os homens, por meio destes símbolos, dão significações às ações, e é construída através da história de cada sociedade, sendo partilhada pelos indivíduos que a compõem (CHAUÍ, 2001; LEITE, 2004).

Pensamentos, idéias e opiniões são processos culturais construídos e compartilhados pelas populações e Moscovici (1978) as chamou de representações sociais. Segundo Pereira de Sá (2004), a Representação Social surgiu como uma crítica à psicologia individual norte americana e Serge Moscovici, psicólogo social francês, foi o propulsor desta teoria. Para Moscovici (1978) a Psicologia Social considera o indivíduo e suas peculiaridades e, além disso, os fatores sociais em uma totalidade, não considerando tais fatores como uma simples influência, mas sim, o indivíduo como participante efetivo na construção das realidades sociais.

Moscovici (1978) contrapôs os ideais individualistas, buscando como base o conceito de Representações Coletivas, proposto por Durkheim. Herzlich, socióloga francesa que tem estudado este conceito na área da saúde, em artigo publicado sobre a Representação Social no campo da doença (2006), descreveu que Durkheim enfatizava o pensamento social em contraposição ao individual, e que a representação coletiva não é a coletânea das representações individuais que estão na sociedade, e sim realidades impostas a eles. Pereira de Sá (2004) afirmou que Durkheim, com a teoria das Representações Coletivas, buscou explicar os fenômenos ditos sociais como a religião, os mitos e a própria ciência.

Para Jodelet (1989), principal colaboradora e que deu continuidade aos trabalhos de Moscovici, a Psicologia Social está entre a própria Psicologia e a Ciência Social e o seu objeto de conhecimento não é intra-individual, pois o social intervém secundariamente e, sendo uma forma de pensamento social, não é um fenômeno cultural ou ideológico como abordado por Durkheim. Para esta autora as representações sociais são: “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, p.32). Para a autora, as falas semelhantes retratam o que os interlocutores pensaram juntos no contexto.

Herzlich (2006) afirmou que a Teoria das Representações Sociais tentou articular o caráter social porém, conforme apontou autora, é preciso situar este trabalho em seu contexto, pois esta teoria surge em uma época, conhecida como Idade Moderna, marcada pelos estudos nos processos internos e individuais, cuja psicologia era centrada no indivíduo (Psicologia Comportamental/Behaviorista), [Herzlich (2006)]. Destacou que há neste conceito uma ligação direta entre estímulos e resposta comportamental.

Face a esse modelo, tratava-se de introduzir a noção de atividade organizada sobre duplo plano cognitivo e simbólico; atividade organizadora de um grupo, ou de um indivíduo enquanto membro de um grupo, que orienta a resposta já que ela estrutura o estímulo e lhe dá um sentido coletivamente partilhado (HERZLICH, 2006 p.58-59).

Esta característica da Representação Social favorece possíveis confusões, conforme apontou Spink (1993), quanto aos paradigmas Moderno⁶ e Pós Moderno⁷ na Psicologia Social. González Rey (2004) destacou um outro ponto de discussão nesta teoria, o caráter representacional da realidade. Segundo o autor, a tendência positivista acabou colocando as Representações Sociais como um conceito estável, passível de medição e correlação, como os conceitos tradicionais da Psicologia Comportamental.

Partindo destas críticas, e visando ampliar a Teoria das Representações Sociais, uma corrente de pesquisadores centrou-se numa nova abordagem teórica: o Construcionismo Social. Apesar de este termo trazer confusões conceituais, devido a sua

⁶ Paradigma moderno: construiu-se sobre o conceito de racionalidade, com o intuito de dominar a natureza, subjugá-la ao homem, negando o pensamento dominante de que a fé e a natureza eram as grandes forças universais.

associação com o Construtivismo Piagetiano, essa teoria está vinculada à construção social e o principal objetivo dessa abordagem é investigar como as pessoas descrevem e explicam a si mesmas e ao mundo em que vivem (SPINK, 2004b). O construcionismo designa um saber coletivamente construído, diferenciando-se da Representação Social no sentido de “construir” e não de “representar” a realidade externa. Vale ressaltar que o Construcionismo permitiu o desenvolvimento da Teoria das Representações Sociais, apesar de alguns autores adeptos da Representação Social criticarem a nova concepção. Esta nova abordagem visou desmistificar a característica positivista e cartesiana, com caráter racional e individualista com a qual a Representação Social estava impregnada.

O Construcionismo Social é uma abordagem teórica que dentro da Sociologia do conhecimento teve como propulsor os estudos de Berger e Luckman com a obra “A Construção Social da Realidade”, em 1966. Para estes autores a realidade é construída socialmente pelo conhecimento do senso comum, e a sociologia do conhecimento analisa a construção da realidade social. Na Psicologia Social seu foco foi na produção de sentidos e seus principais teóricos foram Gergen, Ibáñez entre outros, enfatizando a investigação dos processos por meio dos quais as pessoas buscavam compreender o mundo ao seu redor, bem como a si mesmos (SPINK, 2004a). Por esta teoria, o conhecimento não é construído individualmente, mas na interação com o outro e, assim como nas Representações Sociais, acredita-se na incorporação de novos conceitos que desfamiliarizam os antigos, ou os compõem, possibilitando dar sentido ao mundo, à realidade, de acordo com a necessidade da situação.

A perspectiva construcionista, vai além das Representações Sociais, pois introduz a idéia de ação, preocupando-se com a análise das práticas discursivas e a sua capacidade de produção de sentido, não se referindo à expressão do pensamento e nem à representação do real. Com a desfamiliarização há um rompimento com o conceito de verdade absoluta, relativizando a verdade em nós mesmos (GONZÁLEZ REY, 2004; SPINK, 2004a).

Segundo González Rey (2004), o construcionismo acredita que a realidade, as pessoas e os fenômenos psíquicos são produzidos por meio do discurso. Como práticas sociais conjuntas, as práticas discursivas possuem como unidade fundamental as conversas.

⁷ Paradigma pós moderno: surge da necessidade de um olhar mais abrangente, reconhecendo a complexidade do ser e do conhecimento.

As práticas sociais produzem sentido por meio da linguagem e, para Spink (1996), esta produção ocorre a partir dos três tempos: longo, vivido e curto.

Como uma prática social, a prática discursiva produz sentidos por meio da interação das pessoas, produto da interação de suas vozes: a dialogia. Vale ressaltar que esta interação pode produzir sentido até mesmo resgatando situações passadas, como no tempo vivido, ou ainda culturalmente estabelecidas, como no tempo longo. Esses argumentos, historicamente construídos, são denominados de repertórios interpretativos e são usados na busca de produzir sentidos.

Neste contexto, as conversações são objeto do construcionismo e o sujeito não apresenta sua condição individual, aparecendo sempre como “discursivamente produzido em atividade conjunta” (GONZÁLEZ REY, 2004, p.114). Segundo este autor, a pessoa não é sujeito, mas momento do processo de discurso, sendo excluída sua capacidade de gerar atos individuais. É importante salientar que o construcionismo destaca o caráter social e a produção de sentido, porém, ignora o sujeito individual.

O sentido nesta concepção é uma construção social, um empreendimento coletivo, mas precisamente interativo, por meio do qual as pessoas - na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas - constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 41).

Pode-se perceber que para o construcionismo, o sentido é um processo contextual, não se relacionando com a subjetividade da experiência histórica do sujeito. Desta forma, como descreveu González Rey (2003), deixa de integrar a subjetividade na construção de conhecimento, acreditando que o sentido é uma confrontação entre vozes. Os construcionistas sociais enfatizam a linguagem e as conversações e acreditam que o sujeito é formado pelo diálogo, não evidenciando por vezes a sua história e os elementos subjetivos envolvidos, aspectos que são enfatizados por Vigotsky.

Segundo González Rey (2003), esta divisão entre social e individual tem influenciado o pensamento psicológico há décadas, dificultando o desenvolvimento desta área. Para o autor, é muito importante a subjetividade social para a psicologia social e para a compreensão do individualismo nos diversos campos.

3.1 A Epistemologia Qualitativa de González Rey

Considerando a subjetividade um elemento complexo e não evidente no modelo quantitativo de pesquisa, acredita-se que o modelo qualitativo de produção de conhecimento seja o mais adequado para a construção de informações (GONZÁLEZ REY, 2005).

Apoiando-se nesta premissa, a Epistemologia de González Rey nos parece a mais coerente para o presente estudo, tendo em vista a visão que se tem de pesquisa como um processo de construção de conhecimento entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados. Assim, o estudo da subjetividade deve ser embasado por uma metodologia que considere o ser humano como tal, complexo e subjetivo, algo não enfatizado na objetividade da ciência positivista. Nesta pesquisa, cujo enfoque é o estudo da subjetividade envolvida no processo saúde/doença e a sua relação com o envelhecimento, a Epistemologia Qualitativa proposta por González Rey (2001; 2002; 2005) se mostra mais adequada visto que, além de seu caráter qualitativo, apreende a construção humana e enfatiza a participação ativa do pesquisador com os sujeitos estudados.

Para González Rey (2005), o pesquisador é fundamental na construção do processo:

O pesquisador como sujeito não se expressa somente no campo cognitivo, sua produção intelectual é inseparável do processo de sentido subjetivo, marcado por sua história, crenças, representações, valores, enfim de todos os aspectos em que se expressa sua constituição subjetiva (GONZÁLEZ REY, 2005 p. 36).

De acordo com esta metodologia, legitimar um conhecimento é construir modelos de inteligibilidade, isto é, modelos que possibilitem estar constantemente desenvolvendo e construindo sistemas cada vez mais complexos de significação. Para González Rey (2005) este modelo é necessário para se aproveitar as informações empíricas pois, sem ele, os elementos isolados passariam despercebidos, já que o seu significado é possível dentro de um sistema de significação. Além disso, estes modelos confrontam o momento empírico e a produção teórica e este processo é importante durante a construção do conhecimento, caracterizando a pesquisa como flexível, dinâmica e complexa, enfatizando seu caráter construtivo-interpretativo, cuja ação do pesquisador é

A atividade reflexiva em seus inúmeros desdobramentos e opções, que se integram e desintegram no curso do processo construtivo do pesquisador (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 123).

Para este autor, o processo de construção da informação é o momento mais complicado e difícil da pesquisa, pois o material empírico não pode ser considerado verdade única e isto tem acontecido nas pesquisas em psicologia, devido à herança descritiva da epistemologia positivista. Segundo González Rey (2005), o sentido subjetivo não aparece de forma direta e intencionalmente pelo sujeito, mas

[...] indiretamente na qualidade da informação, no lugar de uma palavra em uma narrativa, na comparação das significações atribuídas a conceitos distintos de uma construção, no nível de elaboração diferenciado no tratamento dos temas, na forma com que se utiliza a temporalidade etc.

Vale ressaltar que todas estas formas devem ser acompanhadas pelo pesquisador no processo construtivo-interpretativo. Nesta perspectiva, o pesquisador deixa de ser coletor de dados e passa a ser ativo e produtor, como sujeito integrante da pesquisa, acreditando que “o conhecimento é um processo de produção de inteligibilidade, que se legitima na medida em que produz novas zonas de sentido sobre o problema estudado” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 117).

Tendo como objetivo apreender o sentido subjetivo de saúde em idosos a partir dos pressupostos da teoria sócio-histórica da subjetividade e, seguindo os ideais da Epistemologia Qualitativa de González Rey (2002; 2003; 2005), o presente estudo baseia-se em três princípios:

- O conhecimento é uma produção construtivo-interpretativa e não a somatória de fatos. As expressões dos sujeitos passam pela interpretação do pesquisador, que constrói indicadores, elementos que por meio da interpretação do pesquisador adquirem significado. Esta interpretação é que dará sentido às manifestações do estudado.
- O caráter interativo do processo de produção do conhecimento. Característica fundamental nesta perspectiva são as relações entre pesquisador e o sujeito pesquisado, tendo o diálogo valor essencial neste processo, principalmente por ser produtor de informações.

- Significação da singularidade como nível legítimo da produção do conhecimento. A singularidade nesta concepção é marcada pela história de vida e o contexto em que o sujeito se insere. Estes devem ser aspectos fundamentais nesta perspectiva, pois se considera o sujeito de forma única e de extrema importância a sua constituição subjetiva. Além disso, segundo esta teoria, o conhecimento científico se legitima pela qualidade da sua expressão, e não pela quantidade de sujeitos.

Estudar a subjetividade envolvida na relação saúde e doença durante o envelhecimento é um grande desafio, principalmente quando não se parte de uma hipótese a ser confirmada, nem de comportamentos a serem quantificados. Na perspectiva utilizada, o acesso à informação se dá por meio dos aspectos subjetivos dos sujeitos e é importante ressaltar que estes aspectos influenciam e são influenciados no contexto da Educação em Saúde, como é o caso da Educação Física, e não podem ser ignorados pelos profissionais nele inseridos e comprometidos com a formação humana, como é o caso do Projeto Sênior.

3.2 O Cenário: O Projeto Sênior

“Tudo vale a pena se a alma não é pequena”

(Fernando Pessoa)

O cenário desta pesquisa será o Projeto Sênior para a Vida Ativa, implantado na Universidade São Judas Tadeu no início de 2002. A escolha deste projeto se deu por ser o meu local de trabalho, além de ser o contexto no qual emergiram os questionamentos delineados na pesquisa. Além disso, este é um programa coerente, como visto no capítulo dois, com os ideais da Promoção da Saúde e a Teoria da Velhice Bem Sucedida. Vale ressaltar que o núcleo do Projeto é formado pelo programa de Educação Física. Os participantes deste programa são na maioria mulheres e o nível sócioeconômico predominante é baixo. O nível de “status funcional” (SPIRDUSO, 1995) destes idosos é 3 e 4, correspondendo ao grupo fisicamente independente e inativos ou já ativos. Estes indivíduos, após liberação médica e assinatura do Termo de Compromisso e Consentimento, elaborados com base na resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, são submetidos à avaliação dos aspectos motor, afetivo e sóciodemográfico. Essas avaliações

fornecem subsídios para a elaboração do planejamento das aulas, bem como para as pesquisas desenvolvidas (GEREZ, 2006).

As aulas ocorrem nas dependências da Universidade São Judas Tadeu, nos espaços destinados ao curso de Educação Física: sala de ginástica, ginásio, academia de musculação e pista de atletismo. Na sala de ginástica, cujo espaço é fechado, ocorrem as aulas para as capacidades de força e flexibilidade. Neste local acontecem também as discussões e reflexões sobre temas como: os sistemas do corpo e o envelhecimento, a saúde e a doença na velhice, envelhecimento bem sucedido e temas relacionados ao estatuto do idoso. Já no ginásio, que possui uma ampla área, são trabalhadas as capacidades neuromotoras, tais como agilidade, equilíbrio, tempo de reação e coordenação. As aulas na academia de musculação proporcionam a essas pessoas, além da estimulação da força, o contato com os aparelhos de musculação para que se amplie o conhecimento sobre outros tipos de práticas dentro da Educação Física, aspecto priorizado para a autonomia destes indivíduos frente à prática de atividades físicas. A pista de atletismo frequentemente é utilizada para as aulas que envolvem a capacidade aeróbia.

Vale ressaltar que todas as aulas são práticas e, como salientado anteriormente, por meio de tarefas do tipo solução de problemas, os idosos são levados a refletirem sobre o quanto tais capacidades fazem parte do seu cotidiano. Partindo da vivência destas atividades as discussões e reflexões são levantadas e os temas apreendidos. O programa constitui-se de duas aulas semanais de 90 minutos e tem a duração de 12 meses. As aulas são ministradas por monitores e estagiários, alunos e ex-alunos do curso de Educação Física da Universidade. Vale ressaltar que é relevante a preocupação com a formação profissional, científica e pedagógica de quem atuará com o projeto, por este motivo todos os monitores e estagiários são integrantes do Grupo de Estudo e Pesquisa Sênior, que se reúne a cada quinze dias para discussões de assuntos relacionados ao envelhecimento, à Promoção da Saúde e à prática pedagógica.

O Projeto Sênior foi elaborado com o objetivo de transmitir, por meio de ações pedagógicas na Educação Física, conhecimentos para o desenvolvimento de conteúdos factuais, conceituais, procedimentais e atitudinais, fundamentais para favorecer mudanças no comportamento dos indivíduos, e assim, fortalecer a autonomia. De acordo com Gerez et al. (2007), é a partir da prática das atividades que os alunos são levados a refletir sobre o

que sentem ao realizar os exercícios e, ao mesmo tempo, são propostas associações entre o que é feito no Projeto e a vida cotidiana.

Além disso, por meio de aulas teórico-práticas os alunos são estimulados à reflexão sobre o envelhecimento, sobre a sua saúde e sobre a importância da atividade física sistematizada. Tarefas do tipo solução de problemas são propostas para que os alunos em situações concretas possam criar alternativas a partir daquilo que os impediria de manterem-se ativos. Com base em suas respostas, são estabelecidas discussões em grupo que podem se transformar, futuramente, em soluções individuais ou coletivas. Nesse contexto, os alunos são levados a refletir sobre como seriam capazes de, com base nos conhecimentos adquiridos, superar as barreiras mais comuns para a manutenção da prática de atividades físicas (GEREZ et al., 2007).

Seguindo os princípios de autonomia, que norteiam as intenções educacionais do Projeto Sênior, os idosos devem deixar o programa após 12 meses, pois segundo Gerez et al. (2007) é necessário o enfrentamento dos obstáculos e barreiras para que estes idosos se insiram em outros programas já disponíveis, ou atuem junto à comunidade e às autoridades para buscar soluções no sentido de criar novos programas ou espaços para a prática de atividades físicas das pessoas idosas.

3.3 Os Sujeitos

Segundo González Rey (2005), para o conhecimento dos aspectos qualitativos do tema estudado, o tamanho do grupo a ser pesquisado não define os procedimentos, mas as exigências de informações. Para ele, o pesquisador qualitativo precisa definir os grupos em função das necessidades que surgem durante a pesquisa. Os sujeitos individuais são chamados de “informantes-chaves”, pois são capazes de prover informações relevantes e singulares em relação ao problema estudado (GONZÁLEZ REY, 2005).

Porém, como generalizar o conhecimento gerado da singularidade? González Rey afirma que

O sujeito é uma unidade essencial para os processos de construção na pesquisa qualitativa, pois a singularidade é a única via que estimula os processos de construção teórica portadores de um valor de generalização perante o estudo da subjetividade. A dimensão de sentido dos processos psíquicos requer chegar ao

geral a partir da compreensão de processos e de formas de organização que apresentem características singulares de expressão (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 113).

Neste sentido, o trabalho aqui descrito contou com um número de sujeitos reduzido, sendo estes selecionados a partir dos seguintes critérios:

- Comparecimento em no mínimo 70% das aulas
- Presença durante a aplicação dos instrumentos
- Participação nas conversas
- “Informantes-chaves”, ou seja, que demonstraram, durante a aplicação dos instrumentos, informações relevantes e singulares ao problema estudado.

As idosas selecionadas têm idade superior a 60 anos, são funcionalmente independentes e foram inscritas no Projeto Sênior para a Vida Ativa da Universidade São Judas Tadeu, no ano de 2006.

Todas as idosas assinaram o TCLE (anexo I) quando ingressaram no Projeto Sênior em Fevereiro de 2006. Como esse estudo integra o projeto de pesquisa do Projeto Sênior, o parecer autorizando sua realização foi concedido previamente pelo COEP, com o parecer número 080/2005.

Para a realização desta pesquisa foram selecionadas seis idosas do Projeto. Vale ressaltar que os nomes são fictícios a fim de manter a privacidade das participantes, e as informações apresentadas ao longo da descrição de cada uma diferem de sujeito para sujeito, pois isto caracteriza a compreensão da subjetividade individual.

3.4 Os Instrumentos

Compreendendo esta pesquisa como um contexto de comunicação entre os indivíduos envolvidos, os instrumentos devem garantir o envolvimento emocional dos sujeitos para facilitar a expressão dos sentidos subjetivos e, além disso, acreditando que a subjetividade não é acessível por vias diretas, é necessário que o instrumento provoque a expressão do sujeito e não o obrigue a responder a um estímulo (GONZÁLEZ REY, 2002).

De acordo com González Rey (2005), os instrumentos compõem uma estrutura na qual um se relaciona com o outro, formando assim um sistema único de informação, ou

seja, cada instrumento sozinho não produz resultado, mas informação, pois o resultado se dará no sistema completo da informação produzida.

Outro aspecto relevante a ser considerado quanto o uso de instrumento na perspectiva da Epistemologia Qualitativa, é que estes devem ser utilizados de acordo com as necessidades do pesquisador no curso do processo de pesquisa. Segundo González Rey (2005), não há exigência anterior sobre a quantidade e nem sobre o tipo de instrumento, pois isto será definido no processo permanente de construção do conhecimento. O uso de instrumentos diferentes, segundo este autor, permite

Descentrar o sujeito dos sentidos subjetivos manifestados diante de cada instrumento, oferecendo opções de novos momentos de produção de sentido que incentivam o desenvolvimento de novas informações, em um processo que tende ao infinito (GONZÁLEZ REY, 2005 p. 77).

Por este motivo, estão descritos abaixo os instrumentos utilizados ao longo desta pesquisa:

- Diário de campo:

Este instrumento permite que o pesquisador aproveite a situação diária como fonte de informação, pois segundo Zabalza (2004), os diários ou cadernos de campo facilitam a pesquisa qualitativa na medida em que auxiliam na documentação de idéias, experiências e impressões.

- Sistemas Conversacionais:

Este tipo de instrumento permite que o pesquisador deixe de ser o entrevistador e passe a ser participante da dinâmica de conversação na produção do “tecido de informação”. Nesse processo o pesquisador e o sujeito pesquisado “integram suas dúvidas e tensões, em um processo que facilita o emergir de sentidos subjetivos” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 46). Este processo, além de ativo, deve ser acompanhado de iniciativa e criatividade para que as pessoas com dificuldade de diálogo possam se envolver, pois esse envolvimento é muito importante para a qualidade da informação obtida.

- Completamento de Frases:

Este instrumento apresenta indutores curtos para serem preenchidos pela pessoa que o responde. Tais indutores são de caráter geral e podem referir-se a atividades, experiências ou pessoas, sobre quais queremos que o sujeito se expresse intencionalmente.

Segundo González Rey (2005), neste instrumento, as frases que são formadas não definem seu valor pelo seu conteúdo explícito, pois, em cada frase, o sujeito pode expressar sentidos subjetivos muito diferentes daqueles que tais frases explicitamente sugerem. Este instrumento tem um valor importante na elaboração de um sistema de hipóteses que se integram e marcam o curso da produção de informação (GONZÁLEZ REY, 2005).

- Conflito de diálogos

Neste tipo de instrumento é criada uma situação fictícia, cujos personagens são pessoas da mesma idade que a do grupo estudado, que conversam sobre o tema em questão. “O diálogo apresenta uma situação possível, aberta, na qual se expressam elementos que podem ser interpretados de formas distintas” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 64-65). O julgamento que os sujeitos fazem desta seleção são a matéria prima, pois demonstra os sentidos subjetivos que emergem em seus juízos.

Conforme aponta González Rey (2005), todos esses instrumentos citados anteriormente devem se integrar

Inseparavelmente no interior dos sistemas de informação, os quais são produzidos por diferentes vias no curso da pesquisa; é nesse sistema integral que finalmente se produz o conhecimento resultante da pesquisa realizada (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 65).

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES

Como citado anteriormente, uma das características marcantes da Epistemologia Qualitativa é o caráter ativo do pesquisador e a sua responsabilidade na construção da informação.

O processo de construção da informação é regido por um modelo que representa uma síntese teórica em processo permanente a ser desenvolvida pelo pesquisador em sua trajetória pelo momento empírico (GONZÁLEZ REY, 2005, p.116).

González Rey (2005) apontou que a síntese teórica corresponde ao momento empírico do trabalho, bem como as novas idéias que surgem no decorrer da pesquisa e as representações teóricas, valores e intuições do próprio pesquisador. A pesquisa nesta perspectiva visa produzir informações por meio da construção do pesquisador durante o processo (princípio construtivo-interpretativo) e não com uma lógica estabelecida a priori. Esta atividade reflexiva do pesquisador é chamada de “lógica configuracional” por

González Rey (2005). Este termo não corresponde especificamente a uma lógica, mas a uma organização do processo construtivo-interpretativo que ocorre no desenvolver da pesquisa.

Neste sentido a pesquisa representa um processo de construção de informação por meio de diversas fontes (instrumentos) que convergem para a elaboração de núcleos de sentido subjetivo processo este no qual o pesquisador usa a lógica configuracional. Segundo González Rey (2005), estes núcleos constituem hipóteses que organizam o modelo teórico que orientará a construção da informação sobre a configuração subjetiva que se pretende reconhecer que, no caso deste estudo, é o conceito de saúde.

Desta forma, conforme aponta González Rey (2005), podemos considerar o processo de construção da informação como um processo que produz hipóteses para a formação de um modelo teórico, que integra informações de diferentes instrumentos ao longo do processo de pesquisa.

A indicação do instrumento que possibilitou a expressão da informação descrita na pesquisa foi feita conforme as abreviaturas DC (diário de campo), SC (sistemas conversacionais), CF (completamento de frases) e CD (conflito de diálogos).

4.1 Subjetividade Individual

A partir das informações obtidas foi possível construir indicadores sobre o sentido de saúde para cada idosa. Neste momento da pesquisa pode-se perceber como a história de vida dos sujeitos compõe a subjetividade individual na construção de sentido.

Sandra

Sandra é solteira e tem 65 anos de idade. Mora com a irmã e os sobrinhos. Trabalhou como secretária na área de compras e aposentou-se há quinze anos. Interessa-se por numerologia, fez duas plásticas e, atualmente, frequenta feiras de novidades. Gosta de viajar, porém com o pouco dinheiro da aposentadoria fica impossibilitada de fazer isso.

Para Sandra a saúde possui um valor fundamental em sua vida, como descreveu no seguinte trecho:

“A saúde é o maior bem que o ser humano pode ter. Tudo o mais como riqueza, cargos, bens nada valerá sem ela... Não se poderá usufruir desses benefícios sem a nossa saúde.” (CF)

Saúde é importante para ela, pois acredita que com saúde é possível realizar seus objetivos, ideais e sonhos, podendo batalhar e trabalhar para alcançá-los. Acredita que tem saúde, pois sempre foi independente e conseguiu atingir seus objetivos. Esse aspecto fica evidente durante uma conversa individual:

“A saúde é tudo, eu acho que, se você tem saúde, você tem tudo. Porque se você tem saúde, você pode sair para trabalhar, você pode sair para batalhar, procurar seus ideais, seus sonhos... Eu acho que se você não tem saúde você não aprecia todas as outras coisas que você possa ter, quer dizer eu não tenho tudo o que eu quero, mas se eu não tiver saúde... Sabe, se você não tem saúde você nem corre atrás das coisas, você também não usufrui das coisas que você tem...” (SC)

É possível notar o valor atribuído à saúde e a sua relação linear com a possibilidade de realizar suas atividades em busca de um objetivo. Para ela não ter saúde, com o sentido de estar com alguma doença, parece impossibilitar aos indivíduos a consecução de seus sonhos, conforme relatado no trecho a seguir:

“Então eu acho que a pessoa com boa saúde ela está de bem com a vida, ela tem mais projetos que uma pessoa doente, porque o objetivo dela é se curar. Então não pode correr atrás de outras coisas. Então eu acho que isso... Porque é lógico, dependendo do tipo de saúde você tem que estar se cuidando, quer dizer hemodiálise, você tem um câncer, você tem que fazer quimioterapia, você pode até se curar, mas tem casos que voltam, então é uma coisa que... Que maior bem que saúde não tem. Dependendo da doença, você até pode, mas você vai faltar no trabalho você vai ter que sempre estar com algum problema.” (SC)

A doença é apontada por ela como oposta à saúde nesta citação. Vale ressaltar que esta associação ocorre em grande parte das informações obtidas com Sandra. Porém, é

importante destacar que para esta idosa a saúde não significa a ausência de doença, mas o meio para se atingir um objetivo, e a doença seria uma forma de dificultar isto. Segundo González Rey (2002) é preciso atentar não apenas para uma informação isolada, mas sim para diferentes formas de manifestação do sentido. Sandra em alguns relatos colocava a saúde como ausência de doença, mas muitas vezes o que é dito pode ser o oposto, ou uma parte daquilo que não é dito. Nas informações obtidas, notamos que a sua saúde está ótima, porém “probleminhas” e “dorzinhas” atrapalham o seu dia-a-dia. Para ela, estar doente não é um problema em si, mas não poder realizar suas tarefas com êxito, e não poder buscar seus ideais são problemas para ela, que afetam a sua saúde:

“A minha saúde está boa, eu não tenho assim, doença física, que a gente fala... Então assim eu tenho dores, que você pode conviver com ela, porque não te atrapalha, agora quando atrapalha, que nem eu tenho muita dor na coluna, então tem dia que eu não tenho nada, então me sinto assim sabe, que maravilha! Tem dia que eu estou com dor... Você também se priva de fazer algumas coisas... Porque com dor é terrível você fazer. Então eu gosto de andar, com dor na coluna não. Então a dor me atrapalha nesta parte porque daí eu quero sentar logo porque começa a me incomodar.” (SC e DC)

Ela ressalta que a dor priva as pessoas de fazerem coisas de que gostam, e a doença é pior ainda, pois segundo esta mulher, a pessoa doente não vive, fica “à mercê da doença, se tratando e se privando de muitas coisas.” (DC e CF)

Compreender a saúde como um valor fez com que, ao longo dos anos, Sandra sempre se preocupasse com essa dimensão da sua vida. Entendendo a saúde como importante meio para atingir suas metas, procurou sempre estar disposta e, nesse momento de sua vida, a prática de atividades físicas apareceu como ponto fundamental para isso, conforme descrito no relato a seguir:

“A atividade física é, como a palavra já diz, bom para o físico, porque nos ajuda a corrigir nossa postura, nossos hábitos, alguns problemas físicos ou senão aliviá-los e também tem a parte mental, equilíbrio, mente sã e corpo são.” (CF)

Ela coloca a atividade física como importante para a mente e o corpo, e é importante destacar que a atividade física é fundamental para a totalidade do ser, pois o ser humano não pode ser fragmentado. A prática de exercícios sempre fez parte de sua vida e, atualmente, além do Projeto Sênior, faz caminhada e fisioterapia para tratar da sua incontinência urinária. Além de se preocupar com sua aptidão física, também se preocupa com a alimentação, pois como tem hérnia de hiato, não come alimentos que possam afetar o sistema digestivo. Segundo Sandra, para se ter saúde é preciso saber levar um estilo de vida saudável, com controle da alimentação e prática de atividades físicas. Ressaltou que sua irmã cozinha alimentos muito gordurosos, que agravam seu problema e, por esse motivo, prepara seus próprios alimentos, como pode ser visto a seguir:

“... Em casa eles gostam de fritura e minha irmã é gorda e tem um monte de problema e fuma, então a gente fala, mas prefere comer e sentir aquele gostinho, agora que está com um monte de problema, na coluna, no ciático, no joelho, não sei o que. Bom eu não quero ter esses problemas, eu falava isso para minha mãe, então eu tenho que aplicar para mim. Então às vezes minha mãe ficava com dor de cabeça e ela comia certas coisas que davam dor de cabeça para ela. Ela tinha assim umas enxaquecas enormes. Tem que pensar então, se eu vou comer isso daqui, vai me dar isso, então eu não vou. Então eu evito...” (SC)

Sandra sempre se cuidou e se preocupa permanentemente com a aparência física. Fez duas cirurgias plásticas com fins estéticos, para o seio e para a barriga, e atualmente não pôde fazer outras devido à falta de dinheiro. Aliás, este é um dos maiores problemas para ela, pois sempre foi independente, principalmente na questão financeira. Gostava de viajar e se vestir bem, porém com a aposentadoria ficou privada de realizar estes desejos. Ser velha para ela não representa um problema, visto que não apresenta dificuldades ditas comuns da velhice. Porém, para Sandra, o problema de estar nesta fase da vida é a falta de dinheiro. Para ela, ser velho apresenta uma contradição: de um lado, acredita não estar velha, pois não apresenta os sinais ditos normais de envelhecimento e, do outro lado, se questiona sobre a falta de emprego para os velhos. O relato a seguir ilustra essa contradição:

“Não estou trabalhando porque eles escolhem muito as pessoas de idade, eles querem que você faça mil coisas e o salário baixo. Sabe, te julgam só por um número de idade, sabe e falam assim na sua cara, ai porque aqui as pessoas são assim assado, você é solteira, outros porque eu fiz um teste maravilhoso, quer dizer, você quando vai fazer um teste eles já sabem a sua idade, agora o cara fez questão de ir falar comigo que o meu teste tinha sido maravilhoso, que eu poderia exercer o cargo, mas infelizmente por causa da idade...” (CD)

Sandra é vaidosa e gosta de aproveitar a vida. Dedicase a atividades que lhe tragam alegrias, como caminhar em feiras de novidades, passear e viajar, e o sentido de saúde para ela é poder fazer o que gosta, sem restrições ou problemas e, principalmente, sentir-se bem consigo mesma. A configuração subjetiva envolvida em ter saúde relaciona-se com a importância atribuída à consecução de seus objetivos, pois subjetiva a necessidade de manter os ideais e sonhos e, segundo ela, sem saúde isso não é possível.

Darci

Darci é viúva e tem 72 anos de idade. Trabalhou como advogada e se aposentou há oito anos. É natural de São Paulo e sempre morou nas proximidades da Avenida Paulista. Atualmente leciona aulas voluntariamente sobre o Estatuto do Idoso, para um grupo de idosos no pólo cultural da Câmara Municipal de São Paulo.

Esta idosa desde os primeiros dias de aula no Projeto Sênior demonstrou a sua negação à velhice. Não se considera velha e foi enfática em seus discursos. Durante uma conversa em grupo afirmou em voz alta:

“A palavra velho não é mais usada, porque não somos incapazes. Eu estou com 70 anos e estou me achando jovem.” (SF)

Para Darci a velhice tem uma conotação negativa, exatamente pelo que ela representa socialmente: solidão e preconceito. Em seus relatos podemos perceber que as configurações subjetivas sobre solidão têm relação com a sua época de casada. Seu marido trabalhava como repórter e ficava muito tempo fora e ela levava uma vida solitária. O medo

da solidão a fez ir morar no mesmo prédio do filho e evidencia em suas falas a importância de se ter a família sempre por perto:

“[...] eu não quero ficar sozinha, Deus me livre acontece alguma coisa [...] Moro no mesmo prédio do meu filho assim ele fica por perto se acontecer alguma coisa.” (SC)

Vale ressaltar que esta idosa tem dificuldade em falar sobre si, fato este evidenciado durante a aplicação dos instrumentos. Quando questionada sobre a sua vida, quase sempre utilizava exemplos de outras pessoas, ou ainda desviava o assunto, explicando didaticamente sobre a questão. Um exemplo disso foi sua explicação após ter sido questionada sobre o medo da solidão:

“Sabe filha, há idosos que são pessoas solitárias, e eles ainda carregam o preconceito de serem chamados de velho [...] Atualmente eu vejo isso lá onde eu dou aula.” (SC)

Quando o assunto doença entrou na conversa, da mesma forma, ela não dissertou sobre si, e tratou de explicar o que significa doença física e doença mental:

“A doença física é aquela que você toma um remedinho e sara, agora a doença mental não tem jeito. Você precisa de tratamento médico.” (DC)

Explicar e dar exemplos sobre os assuntos abordados pode estar relacionado à sua profissão, tanto por ter sido professora quanto advogada. Darci durante as conversas sempre quis demonstrar domínio sobre os assuntos abordados. Além disso, falar sobre si pode ser muito difícil quando observamos sua história de vida. O próprio preconceito enfatizado em alguns relatos é um forte fator. Foi uma das primeiras advogadas a atuar na área criminal, em um ambiente masculino e uma das primeiras negras a cursar faculdade. Foi criada pela avó, que contava histórias sobre a bisavó escrava e a vida na senzala, e fazia com que as netas valorizassem a liberdade e a vida. Esta força dada pela avó pode ser o motivo pelo

qual ela superou o preconceito e criou uma “defesa”, não falando sobre si, parecendo forte e intocável.

“A vida é vencer obstáculos, é uma luta diária, com otimismo e força para vencer.” (CF)

A influência da avó na vida dessa mulher a tornou uma “batalhadora”, além de vaidosa. As primas, que foram criadas juntas, sempre foram vaidosas também, nunca saíam de casa sem se arrumar. Darci relata que a avó era muita enérgica e que até para dormir era importante se arrumar. Nas conversas individuais ela comentou sobre isso:

“A vaidade é muito importante na vida... para mim... você nunca vai me ver de chinelo que nem uma bruxa em casa, nunca. Desde nova a vovó que nos criou, então ela era muito enérgica, ela dizia antes de dormir, para a gente olhar no espelho e ver se dava para se sentir bem e fazer um repouso sem assustar ninguém, ela falava assim. Eu não vou em lugar nenhum sem brinco, sem colar, nunca, é um hábito, é costume.” (SC)

Essa ênfase no autocuidado, não somente pela aparência, mas também pela independência, é evidente nas falas de Darci:

“minha saúde está boa, me cuido, tenho feito exames para cuidar do meu físico e estou sempre ocupando minha cabeça”. (DC) “eu trabalho assim com a dor, se doer um dedinho eu vou ao médico, eu não sei deixar para lá...” (SC)

O valor da saúde para Darci está em não ficar impossibilitada de manter-se em atividade, pois gosta de sair, viajar, passear. Pratica diversas atividades diárias, como caminhadas no MASP e participação em grupos de estudo na USP e na UNIFESP. Não se imagina incapacitada, como uma “conchinha fechada”. Desde jovem sempre esteve ativa, foi professora, iniciou a faculdade de enfermagem para obstetrícia, e advogou no Setor Público e, mesmo após a aposentadoria, nunca parou, pois continuou trabalhando em um escritório de advocacia. Em seus relatos enfatiza a preocupação com a mente ocupada:

“Eu saio todos os dias, eu não fico na poltrona, não quero ficar vendo novela das oito, nem fazendo tricô e crochê. Eu sou despreendida, gosto de viajar, passear, praticar atividades” (SC)

Vale ressaltar que a facilidade em falar publicamente favoreceu a sua influência sobre os idosos do grupo. Neste sentido, por diversas vezes na aula sua liderança dificultou a manifestação dos idosos quanto aos termos que usavam para designar aquele que está na velhice. Com isso o trabalho em grupo, bem como a aprendizagem quanto aos efeitos do envelhecimento foram mais difíceis. A vaidade e a excessiva preocupação de Darci em evitar o aparecimento de doenças, demonstram uma configuração subjetiva que tem relação com a negação da velhice. Saúde para ela associa-se com ser independente, algo contrário à velhice em sua subjetivação.

Carmem

Carmem também tem 62 anos de idade é solteira e mora com a mãe doente e dois irmãos. Trabalhou até os 52 anos em repartição pública durante o dia e em uma loja no período noturno. Aposentou-se para tomar conta da mãe, que tem problemas renais e do pai, que faleceu há dois anos.

Esta idosa apontou a saúde como uma dimensão importante em sua vida, pois depende dela para realizar suas atividades cotidianas e de lazer.

Carmem acha que para viver bem é preciso ter saúde, pois “é o melhor da vida” (CF). “viver bem, é viver com saúde, porque não tem nada melhor do que você poder sair, fazer tudo o que quer e não precisar usar óculos por exemplo, não precisar ficar com a caixinha de comprimidos.” (SC)

Quando relata sobre a sua própria saúde nota-se que não a considera boa, evidenciando a doença como um problema:

“A minha saúde não está muito boa, porque eu fisicamente, já tive sérios problemas de gastrite, agora eu estou bem melhor... Tenho problema visual, eu tenho

glaucoma e, de uns três anos pra cá, eu desenvolvi uma diabete. Então quer dizer, tudo isso aí...” (SC)

Vale ressaltar que, como já visto nos discursos da Sandra, a doença aparece como um problema que atrapalha a realização de seus objetivos. Para Carmem, a dor que acompanha as doenças é que a incomoda. A sua saúde fica debilitada devido não somente às doenças, mas por causa das dores que a atrapalham, como podemos perceber em seu relato:

“Eu tenho dor em tudo quanto é lugar, por exemplo, se você tem uma doença, é claro que você vai sentir dor. Vai sentir dor na cabeça, no pescoço. Hoje, por exemplo, tava passando roupa, porque aquela coisa, eu fico andando, eu não sinto nada. Eu sento, ou eu paro, aí eu começo a sentir dor em tudo quanto é lugar. Ai tava sentindo dor aqui na lombar, na perna, ai eu parei. Falei vou parar de passar roupa porque não vai dar. Atrapalha né? Porque é chato você ficar sentindo dor.” (DC)

A importância dada a não estar doente pode ser percebida no relato a respeito das pessoas das quais precisa cuidar. Ela desempenha papéis importantes em sua casa, que vão desde administrar a casa em si, realizando os serviços domésticos, até cuidar da mãe e da irmã doentes. O sentido subjetivo de doença para esta mulher é relativo ao seu histórico de vida familiar. Parou de trabalhar para cuidar do pai antes dele falecer, tem cuidado da mãe devido à insuficiência renal e da irmã, que é soro positivo e já teve problemas mentais.

Carmem enfatiza a importância de se ter saúde mental, ela não consegue se conformar com o sofrimento pelo qual a irmã passou quando estava com problemas mentais. Isto é evidente em seu discurso durante uma conversa em grupo:

“Eu tenho uma opinião assim, você pode estar doente do corpo inteiro, mas se você estiver com a mente sã é tudo... Eu acho que isso é a pior doença que existe. Eu não sei se é porque eu lidei com isso uns tempos atrás, eu achei isso muito deprimente. Porque você estar doente, com um dor na perna, na barriga, mas você estar doente mental, ai você não sabe o que fala, o que faz, as pessoas não te respeitam, Eu vi a minha irmã quando ela

teve problema sério, ela ficou ruim da cabeça, a gente até pensou que ela não ia mais, meu Deus do céu! Olha, eu sofria mais de ver ela assim...”(SF)

Em suas falas é possível notar que se preocupa em cuidar dos parentes, ressaltando que não consegue ficar parada, e nem pode, pois precisa cuidar de todos. Para isso, ela procura estar bem, e uma das formas que encontra é a prática de atividade física.

A atividade física tem um sentido na vida da Carmem diferente das outras idosas pesquisadas, pois ela sempre quis ser atleta. Desde criança sempre gostou de esporte, porém o pai não permitia que ela se envolvesse com essa prática por achar o esporte uma atividade masculina. Ela descreveu sobre isso em conversa com o grupo:

“...naquela época era aula de Educação Física mesmo, eu era a primeira da fila, jogava bola. Mas meu pai era muito ignorante, quer dizer em termos... Não conhecia, e me proibia. Eu saía, e jogava bola escondido, bola de meia, e quantas vezes eu chegava em casa e alguém avisava minha mãe e meu pai... eu nunca gostei de brincar de boneca, mas jogo tudo eu jogava, até bolinha de gude.” (SF)

Durante a vida sempre procurou fazer atividades físicas, pois detesta ficar parada. Quando trabalhava na repartição pública, caminhava na hora do almoço em volta do quarteirão. Depois começou a caminhar de manhã em um parque próximo a sua casa. Fez ioga por muito tempo, e depois hidroginástica. Atualmente frequenta só as aulas do Projeto Sênior, pois não consegue se estabilizar em nada por causa da mãe doente. Coloca o exercício físico como fundamental para a aptidão física, algo importante, segundo ela, para realizar suas atividades, como subir no ônibus e brincar com os sobrinhos. Além disso, relata que a prática de atividades físicas traz alegria para a sua vida, pois consegue dominar o corpo em movimento, demonstrando agilidade:

“Com atividade física você melhora a aptidão, não perde... Porque assim, quando você não faz atividade física você fica enferrujada mesmo, sedentária, já não tem muita atividade é que aí seria mesmo para você não perder agilidade, pra realizar os movimentos.” (SC)

Associa a atividade física com a alegria de ser jovem, algo priorizado por ela na velhice: “ser jovem é ter alegria e cuidar do corpo, independente da idade”. (CF) Carmem afirma que a velhice é um processo natural pelo qual todos vão passar e que é importante saber enfrentar. Ela associa juventude à alegria e velhice à doença e defende a idéia de envelhecer sabendo aceitar as dificuldades, com bom humor. Acredita que mesmo com seus problemas não se acha velha, no sentido pejorativo da palavra:

“Não estou velha, não neste sentido, é porque eu acho assim, às vezes tem uma pessoa que fala não eu não sou velha, não é velho assim, neste sentido pejorativo que o pessoal fala que é velho pra jogar na lata de lixo. Porque eu tenho que saber envelhecer, tenho que saber aceitar as dificuldades. Saber que o seu braço, a pele vai ficar mais flácida. Ainda ontem eu tava na igreja, porque meu joelho está horrível, aí depois que você ajoelha e levanta, nossa! Então quer dizer, isso aí é velhice, tem que aceitar, não tem como mudar, por mais que as pessoas sejam ativas, a gente vê aí esses atletas velhos que já estão aposentados, mas eles também têm os problemas deles. Não tem como fugir.” (SC)

O sentido de saúde para Carmem não está na ausência de doenças. Mesmo lidando com este problema ao longo da vida, saúde para ela é estar bem para cuidar dos doentes que a cercam. Os significados e sentidos construídos ao longo da vida dessa idosa favorecem a configuração subjetiva envolvida no papel de cuidadora. Carmem se preocupa com a sua saúde, pois subjetiva a necessidade de estar bem para cuidar da mãe e da irmã doentes, bem como dos irmãos que moram com ela.

Virgínia

Virgínia tem 71 anos de idade. É natural de São Paulo e casou-se com 25 anos, separando-se após seis meses, quando o marido tentou assassiná-la. Trabalhou como secretária na empresa Tintas Coral e depois teve um escritório de contabilidade. Atualmente vive do dinheiro de aluguel de casas. Mora sozinha e não tem filhos.

Filha de russos leva uma vida regrada, e para ela a saúde é muito importante, algo que deve ser cuidado. Por meio de atitudes “corretas”, Virgínia afirma que é possível ter

uma boa saúde. Em conversa individual foi possível perceber o valor atribuído à saúde, quando relatou que “a saúde em sua vida é tudo” (SC). Os hábitos saudáveis aparecem como fatores necessários para se viver com saúde, como pode ser visto em seu discurso:

“Saúde é se alimentar bem, não fazer extravagâncias, não fumar, não beber, é isso aí. Porque uma pessoa que bebe e que fuma não tem saúde. Uma pessoa que vara a noite, também não tem saúde. Então tem que ter seu horário direitinho, fazer exercícios, cuidar da sua vida, não cuidar da vida dos outros e é isso aí a saúde pra mim.” (CF)

Descreve que controla bem seus hábitos e por isso está bem de saúde. Porém, com relação às doenças, afirma não estar bem, pois apresenta diversos problemas. Ao longo dos relatos, Virgínia enfatizou as doenças, as dificuldades com as dores e as diferentes cirurgias que já realizou. Relata que esses problemas relacionados às doenças são genéticos, mas que, mesmo com eles, faz suas tarefas normalmente, como se pode ver no seu relato quanto à dor:

“O que me afeta a saúde é quando começo a ter dor, como na coluna eu quero morrer, coluna, joelho, eu já fui operada quatorze vezes, então eu sou toda retalhada, mas não é por causa disto que eu deixei de viver, por isso que eu falo a dor também é ruim, mas você também tem que saber superar.” (SC)

Quando questionada com relação às doenças que tem, logo enumerou diversas, mas deixou claro que apesar delas vive muito bem e faz tudo sozinha em sua casa e em sua vida.

“As doenças que eu tenho? Eu tenho o problema do útero, eu com 25 anos não pesava nem trinta quilos, de quinze em quinze dias eu menstruava, e era aquelas cólicas insuportáveis. Eu operei de hérnia de hiato duas vezes, a coluna eu operei, catarata eu operei, apendicite eu operei, hemorróidas eu operei, então um monte de coisa então minha filha, tive paralisia, mas o tratamento que ensinaram minha, porque o corpo crescia e as pernas não, eu ainda sinto muito dor. Eu operei a garganta, da apêndice, e aqui eu tenho

duas cicatrizes, porque eu abortei e abriram mas daí quando fechou continua engordando, daí que descobriam que eu tinha dois úteros e tornaram a abrir, então duas vezes no mesmo lugar como se fosse cesárea. O rim eu nasci com um só e ele tem cálculo, eu estou com pólipos intestinais, mas eu não estou nem aí não, quando tem a gente vai no médico, porque não pode. Porque eu acho que tudo e qualquer coisa é a cabeça se você levantar achando que hoje não vai fazer nada, não faz mesmo. Então você tem que levantar e fazer tudo.” (SF)

Para Virgínia ter saúde é importante para executar os afazeres diários, pois não gosta de depender de ninguém. Mora sozinha e faz todos os serviços de casa. Afirma que nunca precisou de empregada doméstica, consegue fazer tudo sozinha e, além disso, não quer pagar alguém que não fará o serviço direito. Virgínia evidencia em seu discurso a questão do trabalho. Segundo seus relatos, em sua vida é necessário saúde para “ter o que fazer” e, de acordo com ela:

“O trabalho é bom porque nos dá vontade de progredir, vontade de lutar por alguma coisa... e tem relação com o que eu falei da empregada, não preciso de uma porque assim eu tenho o que fazer. Por exemplo, eu não tenho máquina de lavar roupa eu lavo na mão, se não eu acho que eu vou ficar preguiçosa, eu acho que o meu modo de vida é bom.” (CF; SC)

O trabalho para ela tem um sentido de independência, já que não gosta de depender de ninguém. Deixa claro que possui uma boa cabeça e, mesmo com seus problemas físicos, consegue atingir seus objetivos sem a ajuda de ninguém, especialmente sem a ajuda de homens. Em suas falas a aversão por homens é nítida e facilmente compreensível. Virgínia foi casada com um homem por seis meses, pouco tempo, porém suficiente para ela descobrir que escolhera o homem errado. Em conversa individual narrou sobre o casamento:

“Meu casamento durou tão pouquinho, só seis meses, é porque infelizmente eu arrumei uma porcaria, quando fui pra lua de mel, ele me deixou no hotel e só voltou na

segunda-feira, foi quando eu descobri que ele era viciado em droga, naquela época, em 1965, então acabou todo aquele entusiasmo do casamento.” (SC)

Após o marido tentar matá-la, conseguiu criar coragem e o abandonou, voltando para a casa dos pais. Vale ressaltar, como dito por ela, que nessa época, separação era algo remoto, de que pouco se ouvia falar, encarado como ruim pela sociedade. Apesar de passar por esta difícil situação, ela relata que se recuperou bem e enfatiza que tudo na vida é possível superar, porém é evidente a configuração subjetiva envolvida neste acontecimento, influenciando a construção de sentidos em sua vida. A própria subjetivação envolvida no processo saúde-doença dessa senhora perpassa por essa configuração, estabelecendo uma relação notável com a necessidade de independência. Saúde para Virgínia é não ter doença, porque doente ela não poderia realizar suas atividades e desta maneira sentir-se independente, algo notório nos discursos a seguir:

“A minha saúde que às vezes fica abalada por causa da labirintite, por que atrapalha, porque eu deixo de fazer o que eu quero.” (SF)

“A vida quando saudável é ótima porque podemos trabalhar e estudar.” (CF)

Com essa vida independente, podendo fazer suas atividades normalmente, não se considera velha pois, em sua visão, velho é aquele que não consegue fazer suas coisas, fica em casa trancado. Segundo ela, ser velho é um estado criado pela própria pessoa quando, ao atingir determinada idade, acha que não pode mais fazer certas coisas. Para Virgínia se você está vivo, pode continuar a aprender e “ser alguém na vida” (SF). Quando afirma que suas amigas acham estranho o fato dela fazer ginástica, já que seria uma atividade para pessoas mais novas, manifesta a percepção de que também é jovem.

Valoriza muito a prática de atividades físicas e comenta que se exercita todos os dias em casa, desde que operou da coluna. Acredita que com os exercícios é possível ficar bem e fortalecida para suas tarefas. Um exemplo disso foi quando em uma das aulas descreveu que não contrata mais jardineiro, pois com as aulas de força ela mesma consegue fazer o serviço. No seu discurso podemos ver essa relação:

“Atividade física é pra qualquer um, pra saúde da pessoa... Na terceira idade às vezes tem pessoas que não tiveram condições de fazer isso, mas agora tem jeito de fazer, então vai procurar fazer pra não ficar atrofiado.” (DC)

Após ter passado por uma terrível situação com o ex-marido, novos sentidos e significados foram desenvolvidos por Virgínia, que valoriza a saúde não somente como recurso para realizar suas tarefas, mas para se sentir independente. O sentido de saúde para ela tem sua configuração subjetiva na independência, visto que após a decepção com o marido não quis mais depender de ninguém. Mesmo com suas diversas doenças acredita que sua saúde está boa, pois tem hábitos saudáveis. A atividade física aparece como significativa na sua vida, e é considerada como um importante meio para estar bem e com saúde.

Thaís

Thaís é tem 65 anos de idade, mora com o marido e uma filha divorciada. Estudou até o primário e sempre trabalhou em casa, pois o marido não a deixava sair, conciliando o serviço com os cuidados com os filhos e marido. Natural de São Paulo, trabalhou como cerzideira, vendeu salgadinhos e bolo para festas e, antes de parar de trabalhar, fez bonequinhos de pano para vender. Atualmente se dedica ao bordado, mas somente como hobby.

Ela é uma dona de casa que afirma amar e viver para a família, e se preocupa com a sua saúde e a valoriza como um bem importante em sua vida, conforme se pode ver em um dos relatos:

“A saúde é a melhor coisa que a gente tem na vida.” (CF)

Para ela, ter saúde é “não ter aquelas doenças que você sabe, não têm cura, porque dificulta viver bem.” (SC) Descreve que a sua saúde está bem, pois não tem doenças, só “probleminhas da idade” (SC). Segundo Thaís, estes são representados pelas doenças comuns da velhice, como a hipertensão e a artrose. Em seus relatos afirma que quando estes

problemas se agravam sente dificuldade para fazer os serviços domésticos e, então, acha que sua saúde está abalada.

Como descrito anteriormente, de acordo com Gonzàlez Rey (2002), as informações divergentes encontradas nas declarações dessa idosa podem demonstrar que suas manifestações de sentido não são coerentes. É importante atentar, então, para a oposição e até mesmo para o que fica oculto nas suas falas. Nota-se em seus relatos que a ênfase está nos problemas relacionados às doenças mais comuns da idade avançada, tratados como “probleminhas” porque Thaís não considera o que tem como doença. O sentido de saúde parece estar associado à não existência de doença. Porém, é importante destacar que ela considera doenças aquelas que classifica como graves, ou seja que impossibilitam a pessoa de sair da cama para realizar suas atividades.

Nos discursos dessa idosa ficou evidente a discrepância na configuração de sentido sobre saúde, presente na oposição entre ter doenças graves e ter “probleminhas” que não atrapalham suas tarefas diárias, o que manifesta na verdade o receio de ficar incapacitada. Thaís retrata que seus “problemas de saúde” não atrapalham sua vida e acha que sua saúde está boa, pois se sente bem e consegue desempenhar os serviços domésticos sem dificuldades. Tem disposição, algo que considera fundamental para uma vida saudável, e pode fazer o que gosta. Conceitua saúde da seguinte forma:

“Saúde não seria nem assim, dizer que não tem nada que não toma remédio, é só você ter disposição para fazer as coisas, não ficar deitada numa cama, porque eu acho que quem não tem saúde é que fica deitado numa cama no hospital quando precisa. Então, mesmo que você tenha alguma coisinha que você esteja movimentando pra mim é a melhor coisa da vida, que esteja ativo.” (SC)

Ter saúde para fazer suas atividades é algo de grande valor para essa idosa. Valor relacionado principalmente ao seu papel de dona de casa, cuidando do marido e dos filhos. Afirma que sua família é muito importante e que sua convivência é ótima. Tem dois filhos, um casado e uma filha divorciada, com quem ela e o marido moram. Diz não se imaginar morando longe dos filhos e netos, retratando o amor que sente por eles. Para ela:

“A família é tudo de bom que a gente tem na vida.” (CF)

“Bem estar é ter as pessoas que ama junto de você, a família, os filhos os netos.”
(SC)

Nunca reclamou com o marido quanto à impossibilidade de trabalhar fora, pois gostava de ficar mais tempo com os filhos e também com ele, que vinha almoçar em casa. Valoriza em seus discursos o cuidado com a família, que parece se relacionar com o próprio cuidar de si: “cuido da minha saúde, alimentação, exercícios...” (SF) Ou seja, fica bem para poder cuidar dos que precisam dela.

“Se eu não fizer, quem vai fazer... Minha filha trabalha o dia inteiro coitada. E meu marido não move um dedo... Eu acostumei ele mal” (SF)

É importante destacar que nos discursos de Thaís ela afirma que “ama e vive pela família”, o que pode ser também encarado como falta de opção em sua vida visto que nunca viveu para si, sempre cuidado do marido e dos filhos. A sua fala sobre o amor à família e o ideal da família perfeita são representações sociais enraizadas em nossa sociedade na época em que ela se casou. A esposa perfeita era aquela que cuidava da família e da casa.

Além disso, é importante ressaltar a característica de passividade encontrada em Thaís. Um exemplo disso é que [ela] nunca quis sair do bairro onde morava, pois os pais nunca quiseram e depois o marido não quis, e ela sem saber o porquê, também não quis. Um outro exemplo disso é que em suas falas a sua opinião é a “opinião dos outros”, ora do marido, ora dos filhos. Observamos isso em um de seus relatos sobre suas bonecas de pano:

“Eu acho que minhas bonecas de pano faziam bastante sucesso, a minha filha achava isso [...] Eu parei de fazer, pois o meu marido falou que o dinheiro não ajudava.”
(SC)

Um outro fator para notarmos sua passividade é que durante seus relatos por vezes encontramos o marido como personagem principal, falando o que ela deveria fazer:

“meu marido falou que eu não precisava me desgastar [...]” (DC)

“meu marido falava que eu só fazia salgado e que ele não via o dinheiro.” (SF)

“meu marido não deixava eu trabalhar.” (SC)

Em uma família construída na década de sessenta este fato é bastante comum, o marido que diz o que a esposa deve fazer e a ela cabe o papel de cuidar da família. O único ponto em suas falas que demonstra a preocupação consigo foi em relação à atividade física, pois em sua vida a prática de exercícios físicos tem um forte sentido de cuidar de si. Nunca havia feito exercícios físicos anteriormente, iniciados somente agora na velhice. Enfatiza que praticar atividades físicas mudou sua vida, que nunca pretende parar, e as associa à saúde, prevenindo ou curando as doenças, conforme relatou:

“A atividade física é muito bom pra saúde. (CF) Ai nossa! Veja meu exemplo! Nossa, depois que eu comecei a fazer... Já comecei por causa do joelho, porque antes eu nunca tinha pensado em fazer atividade física. Mas aí quando o ortopedista me mandou fazer fisioterapia que eu entrei, porque lá na fisioterapia é só alongamento, não é aquelas fisioterapia de você entrar no forninho, no maquinário, não, é só exercício físico, então lá foi que eu, nossa, adorei! Foi aí que eu comecei a fazer atividade física. Nunca tinha feito alongamento na minha vida, hoje eu não fico mais sem.” (DC)

A atividade física é subjetivada por Thaís como fundamental para a saúde. Assume a prática de exercícios como importante meio para a cura de doenças. Porém é importante ressaltar que a configuração subjetiva envolvida no processo saúde e doença não tem relação com o conceito de saúde como ausência de doenças, mas sim com a doença como meio incapacitante para a realização de seus afazeres domésticos. A preocupação de estar bem para desempenhar as tarefas diárias tem sua configuração subjetiva no apreço à família. Não ter saúde para Thaís é estar com algum problema que atrapalhe o cuidado com a família.

Judith

Judith é filha de japoneses, viúva, e tem 69 anos. Mora sozinha e cuida dos netos, levando e buscando-os na escola. Nasceu em Presidente Venceslau e mudou-se para São Paulo após o casamento. Gostaria de ter sido cientista quando jovem, porém os pais e,

depois, a sogra a reprimiram. Trabalhou durante o tempo de casada na loja de fotografia do marido.

Descendente de orientais, filha mais velha de seis irmãos, dedicou a vida a cuidar primeiramente deles, e depois do marido e filhos. Após a morte do marido e com os filhos casados, Judith acredita estar em um ótimo momento de sua vida, pois pode preocupar-se consigo. É a única dentre as idosas participantes na pesquisa que não se incomoda com a velhice e aceita isso com naturalidade.

É importante enfatizar que esta idosa aceita a velhice com naturalidade, pois é nesta fase que ela pode fazer o que sempre quis e cuidar de si. Antes vivia para a família e agora pode viver para si, diferentemente de Thaís. Judith não descreve diretamente que estar na velhice é bom e, sim, que esta é a fase mais feliz de sua vida, pois tem tempo para fazer o que quer, demonstrando que se pudesse viver assim em outra fase da vida, também a classificaria como boa. Para ela o valor da saúde está na possibilidade de fazer o que gosta, e que não pôde fazer quando mais jovem, pois se dedicava à família. Em seu relato podemos perceber a importância que atribui à possibilidade de pensar mais em si própria:

“Depois que parei de cuidar da família comecei a cuidar de mim... Agora que meu filho casou e minha filha casou, então eu estou mais livre, não tenho aquela obrigação de chegar em casa correndo e ter janta feita senão meu marido... Sabe como é? Antes eu nem saía de casa, depois que ele morreu é que eu comecei a sair.” (SC)

A possibilidade de fazer as coisas que gosta faz parte da configuração subjetiva de Judith. Desde criança tinha o sonho de ser cientista, que nunca pôde realizar, pois tinha que cuidar dos irmãos. Quando casou, o marido prometeu deixá-la estudar, mas a sogra não permitiu, afirmando que a mulher tem que servir o marido e não pode ter mais conhecimento do que ele. A cultura japonesa favorece a submissão da mulher ao marido e com Judith não foi diferente. Após a morte do marido, a tristeza e a solidão a impulsionaram a voltar a estudar e a procurar atividades para fazer e se distrair. Fez supletivo do “ginásio” e do “colegial”, entrou para o coral, computação e no Projeto Sênior. Realizar estas atividades e concluir seus estudos melhorou sua auto-estima e fez com que acreditasse mais em si. Descreve essa mudança em um de seus relatos:

“Eu acho que a minha vida está muito boa, sabe por quê? Antigamente eu vivia só para a família, eu esquecia de mim. Meu marido era cardíaco e eu tinha que cuidar dele... Chegava de domingo uma tonelada de roupa, da minha filha do meu filho, e ia das sete horas da noite até meia noite passando, não tinha folga para mim. E durante a semana trabalhava na loja do meu marido, eu trabalhei vinte anos sem dormir... varava a noite para entregar as fotos... Eu sempre fui vaidosa, agora posso cuidar de mim, da minha saúde.” (SF)

Descreve que a sua saúde está ótima, mas tem hipertensão e se cuida para não ter problemas com isso, pois já teve um micro derrame nos olhos que a deixou com dificuldade de enxergar. Relata que esse problema na visão atrapalha um pouco sua saúde, pois não é tudo que consegue ler, mesmo utilizando óculos. Saúde é considerada por ela como a possibilidade de autocuidado, por meio de exercícios, da alimentação, do controle no estilo de vida.

“Saúde é aquele bem estar, não ter problemas... a gente poder passear, trabalhar, fazer tudo... Mas para ter saúde é preciso cuidar, comida, exercício, remédio...” (DC)

Além da participação no Projeto Sênior, faz natação e caminhada com o filho e sempre se preocupou com essa prática, e em seus relatos demonstra que coloca a atividade física como fundamental para a saúde, como a seguir:

“Fazer atividade física é bom para a saúde e melhora a auto-estima”. (CF)

É possível notar que o envelhecimento não é um incômodo para Judith, pois nesta fase da vida é que tem a possibilidade de cuidar-se mais e fazer o que sempre teve vontade. O sentido de saúde para ela está em poder realizar suas atividades e sentir-se bem consigo mesma, visto que a configuração subjetiva construída após a morte do marido e o casamento dos filhos envolveu a possibilidade de fazer atividades antes impossíveis, como

estudar, por exemplo. Para ela ter saúde é importante a partir do momento em que, doente, ficaria impossibilitada de desfrutar a vida.

4.2 Subjetividade Social

É interessante notar que as idosas, individualmente, dissertaram de maneira semelhante sobre um mesmo assunto. Para González Rey (2002; 2003; 2004; 2005) a subjetividade é individual, porém é construída socialmente. A subjetividade individual foi construída em espaços sociais historicamente relacionados, o que explicaria a construção da subjetividade social, que compreende as representações sociais, os mitos e as próprias crenças existentes na sociedade, e não a soma das subjetividades individuais.

Vale ressaltar que quando se busca compreender como se estruturam os processos que interagem no desenvolvimento dos indivíduos na constituição subjetiva da saúde, verifica-se que cada uma das mulheres configurou a saúde de forma singular. Mesmo assim, foi possível construir indicadores comuns no processo subjetivo, pois durante a vida, o indivíduo produz sentidos e significados com base em suas experiências e relações interpessoais. O Projeto Sênior pode ser considerado um contexto de configuração da subjetividade, principalmente pelas relações sociais estabelecidas na convivência entre alunos e professores. Esta rede de relacionamentos envolve significações diferentes da aprendizagem, constituindo configurações da subjetividade.

A seguir, os relatos individuais serão contextualizados a partir da subjetividade social, que permeou a subjetividade individual.

Autocuidado: a saúde como um valor

A integração das configurações subjetivas das idosas estudadas leva à compreensão da saúde como um valor em suas vidas. Os sentidos e significados produzidos ao longo do processo sócio-histórico fazem com que a saúde seja considerada como fundamental para se viver, como afirma Virgínia:

“Saúde é tudo! Tendo saúde você tem tudo”. (SC)

Percebemos que para essas idosas a saúde é muito importante para se viver. Judith e Thaís, por exemplo, acreditam que ter saúde é ótimo e apontam que com saúde elas conseguem fazer tudo. Já Darci e Sandra colocam a saúde como um bem que o indivíduo pode adquirir e, que é fundamental para se usufruir da vida. Podemos perceber então que a saúde é subjetivada como um valor para essas idosas.

Segundo Sánchez (2004) os valores são formados a partir da subjetividade individual e são regulados pelos valores sociais e culturais, sendo assim, agimos com base no que acreditamos e valorizamos, mas também conjuntamente com o que é dito social e culturalmente, e a saúde é um valor construído socialmente. Ao longo das aulas no Projeto Sênior foi possível notar a preocupação com a saúde e a ênfase neste assunto. Saúde e doença eram assuntos freqüentes nas discussões com os idosos e, a preocupação com a saúde era evidente nas falas, como Darci relata em uma aula do dia 03/04/06:

“A melhora na saúde física e mental é importante para nós da terceira idade [...]”
(DC)

Em uma das aulas, cujo conteúdo a ser desenvolvido era sobre a saúde e a doença na velhice (04/04/07) Thaís comentou:

“A saúde é na minha vida o bem estar para fazer as coisas que preciso!” (DC)

Neste mesmo dia a discussão sobre saúde se prolongou e notamos o interesse evidente nos idosos em tratar deste assunto. Em suas falas percebemos a preocupação com a sua saúde, principalmente nesta fase da vida, que por vezes é associada à doenças, como enfatizou Sandra:

“Com esta idade não se pode brincar com a saúde, temos que nos cuidar para prevenir as doenças comuns da nossa idade.” (SF)

Nesse sentido, nota-se que o cuidado freqüente com a própria saúde, observado nas construções de informações das idosas, tem relação com o valor atribuído à saúde em suas vidas, bem como com o valor que a saúde tem social e culturalmente. Farinatti (2006) explica esse fato afirmando que a saúde é um valor para as pessoas, pois engloba fatores como as emoções, as relações sociais e o sentido que o indivíduo dá a sua vida. Minayo (2006) vai na mesma direção descrevendo que a saúde reflete conhecimentos, experiências e sentidos dos indivíduos e coletividades e, segundo ela, é um valor construído socialmente.

Nos discursos das idosas pode-se notar a preocupação com o estilo de vida saudável. Virgínia, por exemplo, é contra o consumo de bebidas e fumar e ressalta que não podemos fazer “extravagâncias”, ou seja, abusar da saúde. Já Judith e Sandra retratam a importância de uma alimentação adequada para a vida com saúde.

O estilo de vida saudável é enfatizado por essas idosas como uma das principais formas de cuidar da sua saúde. Vale ressaltar que apesar de novas correntes da Promoção da Saúde agregarem propostas inovadoras, a “vertente behaviorista”, que preconiza ações e comportamentos ditos saudáveis, ainda faz parte das representações sociais relativas a ter saúde em nossa sociedade. Torna-se fundamental compreender as construções sociais do valor da saúde inseridas na concepção histórico-cultural do homem, pela qual indivíduo e contexto social compõem um sistema complexo. As idosas deste estudo viveram no período de ascensão desta teoria, na década de 70, e a mudança deste ideal tem sido construída paulatinamente no meio científico, e ainda não alcançou o pensamento popular. A configuração subjetiva de saúde dessas idosas se relaciona às práticas de saúde da corrente behaviorista da década de 70, algo que não é um problema em um primeiro momento. Além disso, o autocuidado é evidenciado por essas idosas, que se assumem como principais responsáveis pela própria saúde, o que inclui ida regular ao médico, prática de exercícios, bem como o controle com a alimentação. Thaís retrata sobre a importância de se cuidar:

“Uma pessoa saudável leva uma vida saudável, se cuidando para a saúde, levantando sempre na hora certa, comendo bem, e na hora certa.” (DC)

Darci também retrata muito sobre a necessidade se cuidar para uma boa saúde, descreve que sempre se cuidou, e periodicamente vai ao médico:

“É melhor prevenir do que remediar, e eu nunca deixei de me cuidar. Conhece o Dr. Brasil Vita? Eu tenho o telefone da casa dele, e ele sempre me dizia para nunca esquecer uma consulta médica [...] eu tenho que ter paz, dormir bem, comer bem, falar com as pessoas que me tragam alegria, assim eu terei saúde.” (SC)

O autocuidado é enfatizado no Projeto Sênior como um comportamento autônomo necessário para a saúde dos idosos, tendo como objetivo um cuidado progressivo e permanente, em contraposição à ênfase na cura de doenças. Relaciona-se com o ideal de estilo de vida saudável, em termos de desenvolvimento de atitudes pessoais e de aquisição de habilidades e conhecimentos para a adoção de condutas favoráveis à saúde. Durante a aula do dia 02/10/06 este tema foi abordado e muitos idosos retrataram sobre a importância de se cuidarem. Carmem neste dia retratou sobre o cuidado que tem com a sua alimentação:

“A alimentação é muito importante nesta fase da vida, aliás, em todas as fases. Para mim se alimentar bem significa comer alimentos mais naturais para evitar problemas no estomago.” (DC)

Carmem subjetiva a importância da alimentação para a sua saúde pois apresenta um quadro de gastrite que, segundo ela “dificulta a sua saúde” (SC).

É importante atentar para essa responsabilidade colocada nos idosos sobre a sua própria saúde, e é aí que reside o problema da corrente behaviorista. O idoso torna-se responsável por manter-se com saúde, mostrando-se ativo e envolvido com o mundo. Os indivíduos passam a ser considerados os únicos a exercerem cuidado sobre a sua saúde, sendo estimulados pela mídia, pela publicidade, pelos manuais de auto-ajuda e até mesmo pelas receitas dos especialistas em saúde, a fazer exercícios, controlar a alimentação, comprar produtos anti-rugas, tingir o cabelo. Ou seja, devem fazer de tudo para manterem a saúde e a aparência jovial. No Brasil a velhice é encarada como problema social, com altos custos para as instituições de saúde, tanto públicas quanto privadas, colocar o idoso como responsável por sua própria saúde parece favorecer o Estado. Torna-se fundamental neste

momento considerar um questionamento: Até que ponto somos realmente responsáveis por nossa saúde?

Podemos notar que nos discursos das idosas o autocuidado e o estilo de vida são os únicos meios encontrados por elas para ter saúde. Nesta configuração subjetiva observamos o que Carvalho (2005) e Castiel e Diaz denominaram de “culpabilização da vítima”. Vale ressaltar que, tanto a Promoção da Saúde quanto o autocuidado na época atual assumem a importância de uma ação conjunta para a aquisição de saúde, englobando não somente as ações do indivíduo, mas estratégias envolvendo o Estado, a comunidade, os setores da saúde, bem como as parcerias intersetoriais, o que isto não acontece na prática. Segundo Carvalho (2005) isso não ocorre, pois a idéia de transferir para as pessoas a responsabilidade por sua saúde oferece comodidade para o Governo, e de acordo com sua citação: “escamoteia as mazelas e estruturas sociais causadores da não saúde” (CARVALHO, 2005 p. 1089).

Castiel e Diaz (2007) criticam ainda a idéia de autonomia, ou escolhas livres para a saúde vinculadas à idéia de estilo de vida saudável, uma vez que as práticas em Promoção da Saúde com este caráter behaviorista definem comportamentos ditos saudáveis, desconsiderando o sujeito envolvido. Segundo os autores, as atitudes baseiam-se em determinismos e não no livre-arbítrio. Compreendendo o autocuidado como um comportamento autônomo para a saúde, é importante refletir se as pessoas estão agindo em função da sua saúde com autonomia, ou se estão praticando algo imposto socialmente que beneficia as classes opressoras.

Os sentidos dados à saúde ao longo do processo sócio-histórico das idosas estudadas configuram-na como um valor, e o autocuidado é assumido como um comportamento importante para a aquisição de saúde. Contudo, é fundamental olhar para a subjetividade social envolvida nesse processo, pois a idéia de “culpabilização da vítima”, colocando os sujeitos como responsáveis pela sua própria saúde, faz parte das representações sociais em nossa sociedade, e nos discursos dessas seis idosas nota-se a subjetivação da saúde, como responsabilidade unicamente individual.

Saúde como ausência de doença: a negação da velhice

Na construção das informações acerca do sentido de saúde para os idosos, tendo em vista que o social e o individual são inter-relacionados e produzem significados simultaneamente, atentou-se neste estudo para a complexidade de articular os “processos de subjetivação dos espaços sociais e individuais sem antropomorfizar os espaços sociais e sem reduzir a gênese da subjetivação aos indivíduos” (González Rey, 2003, p. 205-206). Procurou-se nesta análise construir as informações a partir dos indicadores da constituição subjetiva das idosas no momento atual de seu desenvolvimento, ressaltando os processos por meio dos quais as experiências foram subjetivadas e integradas às suas configurações subjetivas.

Contextualizando a relação saúde-doença, evidenciou-se nos relatos das idosas uma estreita vinculação entre esses dois termos: saúde e doença. Durante o processo construtivo-interpretativo foi possível notar a visão de saúde como a ausência de doenças. As seis idosas estudadas em algum momento da pesquisa apontaram esta visão. No relato de Judith, por exemplo, ela disserta esta definição:

“Saúde é cuidar bem da doença, para não ficar doente.” (DC)

Para Judith não ter doenças, como a hipertensão, é significativo, visto que devido à esta doença ela tem problemas na visão. Já Carmem e Virgínia não querem ter doença, pois o mal estar as incomodam. Consideram a sua saúde debilitada pelas doenças que apresentam. Carmem por exemplo acha que não está bem:

“A minha saúde não está boa, porque eu tive problemas sérios de gastrite, glaucoma e diabete.” (SC)

Sandra e Darci, em contrapartida, acreditam que sua saúde está ótima, pois não possuem doenças, como na fala de Sandra:

“A minha saúde está ótima, graças a Deus, eu tenho minhas dorzinhas, mas doença eu não tenho.” (DC)

Apesar da saúde não ser mais avaliada por meio do paradigma biomédico, e sim em um sentido mais amplo, abarcando as questões sociais e subjetivas, esta concepção está enraizada no imaginário social, inclusive para as idosas deste estudo. Na configuração subjetiva do processo saúde e doença, estes termos aparecem como antagônicos.

Porém é importante atentar, segundo González Rey (2002), não apenas para um elemento da formação de sentido, mas sim para a relação com outras fontes de informações. Uma associação de grande evidência nos discursos das idosas foi a doença com a negação da velhice. Nota-se que no decorrer da construção da informação, as idosas descreveram a saúde como não doença e afirmaram ter uma boa saúde, não se considerando velhas. Ter ou não doenças, de acordo com seus relatos, tem relação com o processo de envelhecimento e com o sentido subjetivo dessa fase para elas, algo observado em seus discursos, que demonstraram a velhice subjetivada de forma negativa. Por meio das manifestações individuais singulares, retratando a constituição subjetiva de cada sujeito, observou-se que as próprias idosas, inseridas em um espaço social, atuam como condutoras e formadoras da subjetividade social.

Mesmo com o Projeto Sênior organizando suas ações no sentido de favorecer a desconstrução da visão negativa da velhice, notamos que isso não aconteceu. Se acreditássemos em um processo de ensino-aprendizagem como transmissão-recepção (educação bancária como descrito por Paulo Freire) podíamos afirmar que as idosas não apreenderam o que foi transmitido, ou ainda que os professores não transmitiram o objeto de conhecimento eficazmente. Entretanto, acreditando no caráter ativo dos educandos na construção da informação, como preconiza Paulo Freire, e na importância das relações sociais neste processo, como descreve González Rey, podemos afirmar que a construção social desse objeto de conhecimento foi influenciada pelo meio social.

Assim como o professor é um mediador no processo de aprendizagem, as relações sociais e os alunos também podem modular o processo que é próprio do sujeito, sendo uma construção individual. Neste sentido, podemos destacar o papel de Darci como mediadora no processo de construção de sentido quanto à visão de envelhecimento dos idosos do

Projeto Sênior. Esta idosa, com suas características de liderança, bem como sua facilidade em relacionamentos, visto que atuou como professora e advogada ao longo da vida, influenciaram diretamente na configuração da subjetividade social em relação ao termo velhice. Observamos em suas falas, além da negação quanto a ser velho, a necessidade de conscientizar os outros idosos deste fato e evidenciar o uso de termos como “terceira idade”:

“Eu não acho que é certo sermos chamados de velho! Vocês acham? O termo velho parece coisa usada, descartável, o termo terceira idade é que é mais usado agora.”
(DC)

Neste mesmo dia de aula, outras idosas relataram que também não se consideravam velhas, Judith foi a única idosa que, apesar de parecer considerar saúde como ausência de doença, não negou a velhice, pois a experiência de estar nesta fase não é ruim para ela. Para Judith, os sentidos construídos após o falecimento do marido relacionam-se com a possibilidade de desfrutar a vida, algo não experienciado anteriormente, favorecendo a sua visão positiva do envelhecimento. Vale ressaltar que Judith considera esta fase boa, assim como consideraria outra fase da vida, desde que pudesse aproveitá-la como está fazendo agora na velhice.

Um outro ponto a ser destacado é a relação feita entre a doença e a velhice nos discursos das idosas. A saúde aparece como a possibilidade de vida e a doença como algo negativo. A velhice é, então, representada socialmente como uma etapa de perdas crescentes e dependência, similar à doença, e o idoso é visto como peso social. Os sentidos e significados que são construídos a partir das experiências individuais do envelhecimento, e a inter-relação que se estabelece com a subjetividade social que conota a velhice negativamente, configuram a negação desta fase pelas idosas. A subjetivação, por parte delas, desse pensamento social faz com que neguem a velhice, fato esse claramente evidenciado nos discursos das idosas pesquisadas. Como descreve Carmem:

“Acho que todos vamos envelhecer, mas eu não quero ser velha destas que não servem para nada, doente na cama, como minha mãe. O importante é ter o espírito jovem!” (SC)

Em uma das primeiras aulas, dia 22/02/06, cuja temática estava centrada no envelhecimento e seus efeitos, os professores discorriam sobre a importância de se reconhecer como idosos, e o problema de se mascarar a velhice, Darci se alterou e de maneira incisiva apontou que não é velha e que está na “melhor idade”. Apesar da tentativa dos professores do Projeto Sênior de construir uma visão de velhice diferente das representações sociais enraizadas na sociedade brasileira, isto não foi possível nessa turma de idosos. Esta construção social que associa a velhice à doença ocorre devido, principalmente, à ênfase colocada nos aspectos biológicos, evidenciando as transformações corporais e as perdas ao longo dos anos, colocando a saúde do jovem como parâmetro, algo notório no discurso de Thaís sobre seu cunhado:

“Será que existe velhice? Meu cunhado está com 90 anos e tem o corpo de um jovem!” (SF)

Como o cunhado continua bem, sem doenças, Thaís acredita que ele não é velho, pois ela subjetiva a velhice como uma fase de perdas e doenças. Como a representação social do jovem é estar bem fisicamente, ela considera seu cunhado jovem. Vale ressaltar que, de acordo com estudos feitos por Debert (1998), a sociedade tende a generalizar e homogeneizar e, como nessa idade ocorrem mais doenças, esta fase passa a ser encarada como sinônimo delas. Debert (1998) afirmou ainda que a velhice é uma categoria etária imposta socialmente e definida pelo poder político, que impõe a idade, os papéis exercidos, os direitos e os deveres, os comportamentos adequados, as atitudes, levando as pessoas a acreditarem que fazem parte deste grupo e precisam agir como tal. Os idosos que não agem conforme o esperado acabam por não se considerarem velhos.

Além disso, outro ponto levantado diz respeito à discriminação cultural com relação ao velho, que o coloca como símbolo de algo descartável, rotulando a velhice e contribuindo para a sua negação. Com idosos em casa, as famílias têm mais gastos com

cuidados médicos e remédios, e uma menor ajuda financeira, visto que a aposentadoria é insuficiente e é impossível se arrumar trabalho nessa fase. Sandra, dentre as idosas deste estudo, foi a que mais subjetivou este problema na velhice, reclamando do baixo salário de aposentadoria e descrevendo que por vezes tentou arranjar outro emprego, porém em vão.

Em uma sociedade capitalista e utilitarista como a nossa, a perda da capacidade de produção é encarada como um problema social, daí a associação da doença com a incapacidade. Como a aposentadoria reflete um meio de exclusão, as idosas buscam em outras atividades formas de significar a possibilidade de ainda serem capazes. Este fato é notório nos relatos: Darci, por exemplo, após a aposentadoria se dedicou ao trabalho voluntário; Clarice assumiu o papel de cuidadora dos doentes da família; Thaís se concentra em ser uma dona de casa exemplar; já Virgínia afirma não precisar contratar serviços de encanador, jardineiro e faxineira, pois ela mesma é quem faz.

As idosas enfatizam a necessidade de serem independentes e ativas, na ânsia de não serem categorizadas como velhas, pois em suas configurações subjetivas ser velho é associado à incapacidade. Elas não se consideram velhas/doentes, já que não estão acamadas e sem objetivo na vida. Esta necessidade de se sentirem ativas é explicado por Santos (2001) que afirmou que o sentido de improdutividade que se atribui à velhice é o eixo central das conotações negativas, pois se associa a estar doente.

É importante destacar que atualmente grande parte dos idosos é absolutamente capaz de manter o controle sobre sua própria vida, pois mesmo tendo doenças são saudáveis, uma vez que convivem bem com elas (LOPES, 2000; SANTOS, 2001; TEIXEIRA, 2002). Para se ter um envelhecimento saudável é fundamental manter-se independente e autônomo durante a velhice, e esse é exatamente o sentido oculto de saúde para as idosas pesquisadas. Saúde para elas não aparece somente como a ausência de doenças mas, conforme González Rey (2002) relatou, o objeto de pesquisa não está nas aparências do material empírico, e sim nas diversas formas de organização que não acessíveis da aparência. Saúde associa-se então a não doença para essas idosas, pois a doença, vinculada a velhice, é compreendida como uma forma de privá-las de realizar seus objetivos, impedindo-as de ter uma vida independente e autônoma. Vale ressaltar que para Judith a doença também tem esse sentido, mesmo que ela não associe doença à velhice

A velhice não pode ser vista como sinônimo de doença e incapacidade. O número de idosos no Brasil tem aumentado a cada ano, e é preciso acreditar no desenvolvimento nesta fase, pois independente da idade trata-se de seres humanos e, como disse Paulo Freire (1996), somos seres inconcluídos e em constante processo de desenvolvimento. Todos devem ter objetivos e alcançá-los, sendo velhos ou jovens. As idosas pesquisadas têm objetivos e querem viver:

“... às vezes tem uma pessoa que fala não eu não sou velha, não é velho assim, neste sentido pejorativo que o pessoal fala que é velha pra jogar na lata de lixo. Mas você envelhece, e eu acho que em qualquer idade você pode ter seus objetivos, querer ser alguém na vida... Você sabe que você tem oitenta anos, mas pode fazer qualquer coisa, tem alegria, e você pode participar, na medida do possível, de tudo com bom humor... É porque é assim, eu conheço algumas idosas que são alegres, são assim, tão cheias de vida... Na medida do possível, com todas as dificuldades que é claro, você vai ter, mas feliz!” (Carmem – SC)

Saúde como meio: o papel da atividade física

O trabalho de campo deste estudo exigiu o deslocamento de uma posição passiva de coleta de dados, para outra mais ativa na produção constante de idéias novas, no sentido de buscar nos participantes, e no processo em que estavam inseridos, modos de encontrar as informações e as relações capazes de dar sentido à pesquisa.

A abordagem teórico-metodológica escolhida, Epistemologia Qualitativa propiciou uma melhor compreensão acerca do sentido de saúde para as idosas, pois favoreceu o olhar subjetivo envolvido neste processo, visto que, segundo Gonzales Rey (2002, p.81) “o grande desafio do estudo da subjetividade é que não temos acesso a ela de forma direta, mas apenas por meio dos sujeitos em que aparece constituída de forma diferenciada”. Segundo Canguilhem (1990), especialmente no estudo da temática saúde, compreender a subjetividade existente se faz necessário, pois, nos seres humanos, a subjetividade está presente.

As idosas desta pesquisa, apesar de associarem em alguns momentos saúde como ausência de doenças, agregaram a essa definição também a questão da saúde como meio

para realização de suas atividades e objetivos, como podemos observar no discurso de Sandra:

“Eu acho que se você não tem saúde, você não aprecia todas as coisas que a vida pode oferecer [...] Sabe, se você não tem saúde, você não pode correr atrás dos seus sonhos, e também não usufrui das coisas que tem.” (SC)

Elas comparam a saúde a uma postura ativa, disposta, ante as dificuldades e tarefas diárias. É vista como expansão da vida, e não somente como a capacidade de não adoecer. Trata-se de algo necessário para que se viva bem. Em seus discursos a saúde é subjetivada como essencial para atingir seus objetivos com relação ao lazer, ir e vir, atenção à família e afazeres diários. Thaís por exemplo retrata sobre a importância de se sentir disposta para cuidar da família:

“Saúde é você sentir disposição. Estar assim, bem para fazer as tarefas de casa, fazer o que pode, o que gosta. Poder cuidar dos filhos, dos netos e do marido.” (SC)

Vale destacar que tanto para Thaís, quanto para Carmem a importância de se ter saúde é vinculada à relação do “cuidar”, pois essas mulheres assumem o papel de “cuidadoras” em suas casas. Enquanto as outras idosas querem ter saúde para fazer o que gostam, elas, assim como Judith antes do marido falecer e os filhos casarem, almejam saúde para cuidar dos outros. A saúde é subjetivada neste caso como a possibilidade de cuidar, enquanto a doença, oposta, seria a necessidade de ser cuidado, algo incomodo para elas.

É interessante notar que as configurações subjetivas construídas pelas idosas sobre a saúde vão ao encontro das novas concepções de saúde, definida como a capacidade de realizar as tarefas e desempenhar papéis sociais. A saúde não é mais considerada, segundo Teixeira (2002), como o objetivo final de vida, mas o meio para se atingir seus desejos e anseios. Além disso, o lado perceptivo da saúde também é abarcado, pois durante os discursos a conceituação esteve frequentemente associada à sua utilização, como descrito por Minayo (2006).

Percebemos então nos relatos das idosas uma visão de saúde abrangente, que tem relação com os conceitos contemporâneos desse termo, algo preconizado no Projeto Sênior. Um dos objetivos deste projeto é ampliar a visão de saúde, visto que uma visão mais ampla favorece o controle do indivíduo sobre a sua saúde, premissa essa que faz parte dos ideais da Promoção da Saúde, eixo do Projeto Sênior.

O sentido de saúde para as idosas tem relação com o seu cotidiano, e é subjetivado a partir do contexto de vida e da realização das atividades por elas valorizadas. Nesse sentido, a atividade física aparece como importante em seus discursos, não somente como atividade prazerosa, mas como fundamental para a saúde, favorecendo a aptidão física. Carmem foi uma das idosas que mais destacou esta importância da atividade física:

“Porque é assim, se você não faz atividade física você fica meio enferrujada mesmo, sedentária, perde agilidade para realizar os movimentos [...] E aí com atividade física a gente consegue manter, porque é bom poder correr para pegar o ônibus, ou às vezes brincar com a criança. Eu vejo lá com meus sobrinhos, eu fico correndo e a gente fica jogando bola e virando cambalhota [...]” (SF)

Ter uma vida ativa para ela está relacionado a poder fazer o que quer com o corpo, indo além de atividades cotidianas, como correr para entrar no ônibus, até as atividades prazerosas, como brincar com os sobrinhos. A saúde como meio de realizar as tarefas e objetivos da vida e a atividade física como melhora da saúde. Este fato é observado no discurso de Virgínia em uma conversa em grupo:

“Buscamos a atividade física para a saúde, para melhorar o que faço na minha casa. Por exemplo, não preciso mais contratar jardineiro para a minha casa, eu mesma faço isso.” (DC)

Nesse momento estão presentes as representações sociais envolvidas, na aquisição de um estilo de vida ativo. Os ideais behavioristas que fazem parte da subjetividade social preconizam a prática de atividade física para a melhora da saúde. Porém, é importante ressaltar que esta representação social caminha junto com outras que permeiam a

importância da “aptidão física” para a saúde. Além de hábitos saudáveis, como a prática regular de atividade física, é necessário que esta prática objetive melhoras na aptidão física relacionada à saúde. Estas representações sociais encontram-se presentes em todas as esferas sociais, alimentando a subjetividade social, assim como as subjetividades individuais dos sujeitos que vivenciam esta realidade.

A associação feita entre a atividade física e a saúde nos relatos das idosas é diretamente via aptidão física. Clarice, por exemplo, destacou que com a prática de exercícios, ficou mais ágil, enquanto Virgínia afirmou que tem mais disposição para fazer seus afazeres domésticos. Para elas, estar bem fisicamente para fazer suas atividades da vida diária é estar com saúde e, nessa construção de sentido, subjetivam a prática de exercícios como fundamental. Para Devide (1996) essa relação acontece porque com uma melhor aptidão física os indivíduos apresentam desempenho satisfatório nas atividades da vida diária e prorrogam o aparecimento do cansaço. Especialmente nessas idosas, que mantêm uma vida atarefada e querem ser independentes, a atividade física aparece como um valor.

No entanto, é preciso atentar para essa idéia de causalidade entre exercício e saúde. É inegável o benefício que a prática de atividade física tem sobre a aptidão física das pessoas, e não se pode deixar de considerar o seu valor na prevenção de doenças. Porém, entender a relação da Educação Física com a saúde exclusivamente por meio dos benefícios orgânicos pode ser um reducionismo do conceito de saúde e da própria área. A aptidão física, segundo Devide (1996), Farinatti (2000) e Glaner (2003), é só um dos fatores determinantes da saúde e a atividade física, isoladamente, não pode promover saúde.

Para atuar na saúde, a Educação Física precisa ir além da simples prática de atividade física, precisa contemplar a sua área de atuação, a educação. Segundo Medina (1999), a Educação Física passa por uma crise de identidade, agrega conhecimentos de outras áreas, como os da Medicina, e falha no seu papel educativo. Especialmente na atuação com os idosos, visando à saúde, precisa contemplar os novos ideais da Promoção da Saúde e modificar o olhar que tem sobre a área, agregando novos sentidos e significados na construção da subjetividade social.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O conhecimento é um processo de construção que encontra legitimidade na capacidade de produzir permanentemente, novas construções no curso da confrontação do pensamento do pesquisador com a multiplicidade de eventos empíricos coexistentes no processo investigativo.”

(González Rey)

O momento atual é de ambigüidade, ao mesmo tempo em que se fazem esforços para prolongar a vida humana, a sociedade, o Estado e a família não sabem o que fazer com os velhos, considerados um problema social. Por este motivo, frequentemente os “outros” falam pelos idosos. Na direção contrária a isto, o objetivo deste trabalho foi de favorecer a fala dos idosos em um tema tão importante para essa população, que é a questão da saúde, visto a imediata correlação em nossa sociedade entre velhice e doença. Para isso, encontrei respaldo teórico nos estudos de González Rey para a compreensão da subjetividade e do sentido subjetivo envolvido no tema saúde em idosos.

Observa-se então neste trabalho a produção de configurações subjetivas em relação à saúde, que ao se integrarem na ação atual das idosas, facilitam a produção de valores e, assim, de práticas e comportamentos diários. Desta forma, a saúde é subjetivada como um valor, o que favorece a adoção de hábitos saudáveis por parte das idosas, que praticam o autocuidado como um comportamento necessário para a saúde em suas vidas.

Considerando a concepção de sujeito dentro da visão histórico-cultural da subjetividade, entendo que este possui uma emocionalidade, que influencia os sentidos subjetivos. Estes, por sua vez, se inter-relacionam a todo o momento com espaços sociais, de forma processual, produzindo novas configurações subjetivas. Nesta perspectiva, quando analisamos os sentidos construídos ao longo de suas vidas, notamos que as concepções de saúde das idosas se associam às representações sociais e culturais nas quais estão inseridas.

Dessa forma, observamos que as idosas subjetivam a idéia de saúde como ausência de doenças. Porém, é importante destacar que essa subjetivação é associada às concepções contemporâneas de saúde, uma vez que acreditam que a saúde não é o objetivo final de suas vidas, mas o meio para atingir seus anseios. Para essas idosas, a saúde é um instrumento que tem como configuração subjetiva a continuação de sua vida, relacionada à

disposição e à independência para desempenhar papéis sociais. O sentido de saúde para elas não está associado somente à ausência de doenças, mas também, às concepções que destacam a capacidade de realizar as tarefas e desempenhar papéis sociais, assumindo a saúde como um meio para alcançar seus desejos. A doença é encarada então, como uma forma incapacitante.

Há um sujeito por trás desses discursos, carregado de emoções e possuidor de uma trajetória de vida, na qual foram produzidos sentidos em diversos contextos sociais e que aparecem interligados ao sentido de saúde. Nesse caso, a sensação de serem consideradas incapazes e, assim, serem excluídas socialmente aparece como uma configuração subjetiva fortemente vinculada ao sentido de saúde.

Nessa pesquisa também foi possível perceber que, ao abordamos as idosas sobre a sua saúde, nos aprofundamos em subjetivações adquiridas por meio de sentimentos em relação ao seu próprio envelhecimento, que são vivenciados no cotidiano. Ao nos determos nessas configurações subjetivas, observamos a negação da velhice, pois esta se vincula à idéia de doença e incapacidade. As idosas, por se perceberem ainda ativas socialmente, e receando a exclusão social, não se consideram velhas. Acreditam não se encaixarem no modelo representado socialmente de velho, associado a algo negativo e descartável, se adjetivando como jovens, por terem alegria e vontade de viver.

Outro ponto que foi ressaltado nesta pesquisa retrata o papel de “cuidadora” assumido por algumas idosas. A família aparece como importante na subjetivação de saúde, porém em alguns pontos foi possível notar que “cuidar do outro” é um fardo, sendo considerado mais uma “sina” do que uma “escolha”. A obrigação, muitas vezes disfarçada nas falas como satisfação, destacou-se nos relatos das idosas quando a preocupação consigo era descrita. Elas normalmente não reconhecem este trabalho, pois aparentemente é algo comum entre as mulheres de sua época.

Finalmente, e mesmo que não contemplado no objetivo neste trabalho, consideramos muito pertinente a discussão relacionada ao papel da atividade física na melhora da saúde. A discussão é pertinente por dois principais motivos: ser um trabalho cunhado na área da Educação Física; e segundo, e não menos importante, ser um assunto muito evidenciado pelas idosas. Nesse estudo, foi inegável a importância dada à prática de

exercícios físicos para a saúde. De acordo com as idosas, é por meio dessa prática que ocorrem avanços na aptidão física e, assim, na saúde.

Fica claro o valor dado à atividade física na melhora da saúde para as idosas, e é importante destacar que esse valor dado à atividade física não esteve presente ao longo da vida de todas as idosas estudadas. Algumas construíram essa idéia após a idade adulta, outras na infância e outras ainda com o Projeto Sênior. Este fato demonstra que não somos iguais no decorrer de nossa vida, pois estamos em um processo contínuo de transformações. A cultura muda, a sociedade muda e com isso novos saberes são constituídos e novas configurações subjetivas se formam.

Nesse ponto, destacamos o papel do Projeto Sênior na aprendizagem, bem como o seu impacto na vida dos sujeitos envolvidos, professores e idosos. A intensa trama de relações sociais na qual os indivíduos estão envolvidos durante as aulas constitui o contexto de formação das novas configurações de sentido. Professores, alunos e as relações destes constituem mediadores na reconfiguração da subjetividade. Neste sentido, Darci se tornou a mediadora na configuração do sentido de ser velho para os idosos do Projeto Sênior desse ano. Na construção de um conhecimento, o indivíduo guarda a sua unidade interna marcada pela sua história de vida, neste caso a experiência de se tornar velho e todo o preconceito que este carrega, conjuntamente com a construção social, marcada pelas relações sociais e troca de informações que esta possibilita, neste caso, a influência de Darci. Não ter conseguido modificar a visão de velhice das idosas demonstra que o Projeto Sênior não conseguiu reconstruir este conhecimento conjuntamente com os alunos, o que favoreceu o predomínio da mediação de Darci.

O processo de aprendizagem é, então, construído socialmente e individualmente e o Projeto Sênior favoreceu a construção do sentido de saúde, diferentemente do conceito de velhice. Notamos nas falas das idosas uma visão ampla de saúde, subjetivando o conceito coerentemente com os ideais da Promoção da Saúde, base do Projeto e favorável às idosas. Além disso, o autocuidado, conhecimento abordado durante todo o Projeto Sênior, foi apontado como fundamental em suas vidas, conhecimento este significativo para o cuidado com a saúde. O Projeto Sênior para a Vida Ativa da USJT é ímpar exatamente por atuar coerentemente com as teorias que o fundamentam, e neste sentido contribui para que o valor da saúde adquira significado.

Dessa forma, acredito que este estudo demonstrou o sentido de saúde em idosas praticantes de atividades físicas e as configurações subjetivas envolvidas na formação desse sentido, demonstrando que a subjetividade é um sistema complexo de significações, produzidas ao longo da vida, e formadas por um complexo processo englobando o social e o individual simultaneamente. As estratégias didáticas que visam desconstruir e reconstruir representações sociais e sentidos subjetivos devem favorecer um ambiente de trocas e interações sociais. Sendo assim, os profissionais da saúde que atuam com essa população, tal como os educadores físicos, precisam primeiramente mudar seu olhar com relação ao envelhecimento, modificando as suas práticas e, quando visam trabalhar a fim de reconstruir a visão social sobre a velhice e a saúde, estruturar as práticas e estratégias para que a subjetividade social e individual sejam contempladas.

Por fim, resta dizer que a riqueza contida nas informações obtidas a partir deste estudo está além da construção que foi possível ser desenvolvida, dando origem a questões que ainda precisarão ser exploradas no desenvolvimento de outras pesquisas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSM. **Diretrizes do American College Sports Medicine para os testes de esforço e sua prescrição**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. Os sentidos da saúde e a Educação Física: apontamentos preliminares. **Revista Arquivos em Movimento**, v. 1, n. 1, p. 1-16, 2004.
- BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A. Questionamentos e incertezas acerca do estatuto científico da saúde: um debate necessário na Educação Física. **Revista da Educação Física da UEM**, v. 15, n. 1, p. 1-18, 2005.
- BALTES, M.M.; SILVERBERG, S. A dinâmica dependência-autonomia no curso de vida. In: NERI, A.L. (Orgs.). **Psicologia do Envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva de curso de vida**. Campinas: Papirus, 1995. p. 73-110.
- BARBANTI, V.J. **Aptidão física: um convite à saúde**. São Paulo: Manole, 1990.
- BARROS, J.M.C. Profissional de Educação Física na equipe multidisciplinar de saúde. **Revista Cref**, São Paulo, Ano 4, n. 17, p.28-29, ago. 2007.
- BRACHT, V. A constituição das teorias pedagógicas da Educação Física. **Caderno Cedes**, Ano 19, n. 48, p. 69-88, ago. 1999.
- BOORSE, C. On the distinction between disease and illness. **Philosophy and Public Affairs**, v. 5, p. 49-68, 1975.
- BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D. (Orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.
- _____. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- BYDLOWSKI, C. R. et al. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p.14-24, 2004.
- CACHIONE, M.; NERI, A. L. Educação e velhice bem-sucedida no contexto das universidades da terceira idade. In: NERI, A.L. (Orgs.). **Velhice Bem-Sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas: Papirus, 2004. p. 29-49.
- CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n. 2, p. 209-213, 1997.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1990.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 55-77.

CAPRA, F. **O ponto de mutação. A ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo, Cultrix, 1982.

CARVALHO, S.R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção da Saúde. **Caderno Saúde Pública**, v.20, n.4, p. 1088-1095, 2004.

CASTIEL, L.D. Dédalo e os Dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In.: CZERESNIA, D. (Orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 79-95.

_____; DIAZ, C.A. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2007.

CHAUI, M. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 2001.

COTTRELL, R.R.; GIRVAN, J.T.; McKENZIE, J.F. **Health Promotion an Education**. 3.ed. San Francisco: Pearson Benjamin Cummings, 2006.

CREMA, R. **Introdução à Visão Holística: breve relato de viagem do velho ao novo paradigma**. São Paulo: Summus-editorial, 1989.

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, D. (Orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DEBERT, G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: MORAES M, BARROS L. **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1998. p.49-67.

DERNTL, A.M.; WATANABE, H.A. Promoção da Saúde. In: LITVOC; BRITO. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 37-46.

DEVIDE, F.P. Educação Física e saúde: em busca de uma reorientação para a sua práxis. **Movimento**, Ano 3, v.5, p. 44-55, 1996.

DUBOS, R.J. **Homem e seu ambiente: conhecimentos biomédicos e ação social**. Washington: Organização Pan Americana de Saúde, 1966.

ENTRALGO, P.L. **Historia de la medicina**. Barcelona: Salvat, 1982.

FARINATTI, P.T.V. Autonomia Referenciada à Saúde: Modelos e Definições. **Motus Corporis**, v.7, n.1, p.9-45, 2000.

_____; FERREIRA, M.S. **Saúde, promoção da saúde e Educação Física: conceitos, princípios e aplicação.** Rio de Janeiro: Ed UERJ, 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia.** São Paulo: Paz e Terra, 1996

_____. **Educação e Mudança.** 6ª edição, São Paulo, Editora Paz e Terra, 1983.

FREIRE, S.A.; RESENDE, M.C. Sentido de vida e envelhecimento. In: NERI, A.L. (Org) **Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais.** Campinas, Papirus, 2001. p.71-98.

GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos.** São Paulo: Phorte, 2001.

GARCIA, M.A.A. et al. Idosos em cena: falas do adoecer. **Interface – Comunic., saúde, Educ.,** v.9, n.18, p. 537-552, 2005.

GARRISON, F.H. **História de la medicina.** 4.ed. Cidade do México: Interamericana, 1966.

GAYA, A. Educação Física: educação e saúde? **Revista de Educação Física da UEM,** Maringá, v.1, n.1, p. 36-38, 1989.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimento, representações sociais e experiências de doença. **Cad. Saúde Pública,** v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

GEREZ, A.G. **A prática pedagógica em Educação Física para idosos e a educação em saúde na perspectiva da Promoção da Saúde: um olhar para o Projeto Sênior para a Vida Ativa da USJT.** Dissertação (Mestrado em Educação Física). Universidade São Judas Tadeu: São Paulo, 2006.

GEREZ, A. G. et al. A prática pedagógica e a organização didática dos conteúdos de Educação Física para idosos no Projeto Sênior para a Vida Ativa da Universidade São Judas Tadeu: uma experiência rumo à autonomia.. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte,** v. 28, p. 221-236, 2007.

GHIRALDELLI JUNIOR, P. **Educação Física Progressista: a pedagogia crítico-social dos conteúdos e a Educação Física brasileira.** 8.ed. São Paulo: Loyola, 1998.

GLANER, M.F. Importância da aptidão física relacionada à saúde. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano,** Distrito Federal, v. 5, n. 2, p. 75-85, 2003.

GOIS JUNIOR, E; LOVISOLO, H. R. A Educação Física e concepções higienistas sobre raça: uma reinterpretação histórica da Educação Física brasileira dos anos de 1930. **Rev. Port. Cien. Desp.,** v.5, n.3, p.322-328, 2005.

GONÇALVES, A. Saúde e América Latina: contribuições e metodologias. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Santa Maria, v. 11, n. 1, p. 14-18, 1989.

GONZÁLEZ REY, F.L. A pesquisa e o tema subjetividade em educação. **Revista Psicologia da Educação**, v. 13, p. 9-16, 2001.

_____ **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

_____ **Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico cultural**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003.

_____ **O social na psicologia e a psicologia no social: a emergência do sujeito**. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____ **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2005.

GUSMÃO, N.M.M. A maturidade e a velhice: um olhar antropológico. In: NERI, A.L. **Desenvolvimento e Envelhecimento, perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas: Papyrus, 2001. p. 113-140.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis**, v. 15, p.57-70, 2005.

JACOB FILHO, W. Quem vai nos proteger? **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 01 de mar. 2007. Folha Equilíbrio.

JECKEL-NETO, E.A. Tornar-se velho ou ganhar idade: o envelhecimento biológico revisitado. In: NERI, A.L. **Desenvolvimento e Envelhecimento, perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas: Papyrus, 2001. p. 39-52.

JODELET, D. **Folies et representations sociales**. Paris: Presses Universitaire de France, 1989.

KARSCH, Ursula M. Dependent seniors: families and caregivers. **Cad. Saúde Pública** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003

KOLYNYIAK FILHO, C. **Educação Física: uma introdução**. São Paulo: Educ, 1996.

LEITE, I. L. **Gênero, família e representação social da velhice**. Londrina: Eduel, 2004.

LEAVELL, H; CLARK, E.G. **Preventive Medicine for the Doctor in his Community**. New York: MacGraw –Hill, 1965.

LLORET, C. As outras idades ou as idades do outro. In: LARROSA, J.; DE LARA, N. P. (Orgs) **Imagens do outro**. Petrópolis: Vozes, 1998.

LOPES, R. G. C. **Saúde na Velhice**: as interpretações sociais e os reflexos no uso de medicamentos. São Paulo: Educ, 2000.

LUZ, M. T. **Novos Saberes e Práticas em saúde Coletiva estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo Hucitec, 2003.

MEDINA, J.P.S. **A Educação Física cuida do corpo e... “mente”**: bases para a renovação e transformação da Educação Física. Campinas: Papyrus, 1990.

MEIRA, A.R. Saúde e doença. In: MEIRA, A.R.; PARETA, J.M.M.; D’ANDRETTA JÚNIOR, C. **Saúde da comunidade: temas de medicina preventiva e social**. São Paulo: McGraw Hill, 1992.

MINAYO, M.C.S. Saúde como responsabilidade cidadã. In: BAGRICHEVSKY, M. et al. (Orgs). **A saúde em debate na Educação Física**. v.2. Blumenau: Nova Letra, 2006.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA Jr, C. E. A. Introdução. In. MINAYO, M. C. S. (Org). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2002.

MOSCOVICI, S. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NAHAS, M. V. et al. Crescimento e aptidão física relacionadas à saúde em escolares de 7 a 10 anos: um estudo longitudinal. **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, Santa Maria, v. 14, n.1, p. 7-16, 1992.

NERI, A.L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: **Qualidade de Vida e Idade Madura**. Campinas, SP: Papyrus, 1993.

_____ **Psicologia do Envelhecimento**: Temas selecionados na perspectiva de curso de vida. Campinas: Papyrus, 1995.

_____ Paradigmas contemporâneos sobre desenvolvimento em psicologia e em sociologia. In: NERI, A.L. **Desenvolvimento e Envelhecimento, perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas: Papyrus, 2001a. p. 11-37.

_____ O fruto dá sementes: processo de amadurecimento e envelhecimento. In NERI, A. L. **Maturidade e Velhice**: trajetórias individuais e socioculturais. Campinas, Papyrus, 2001b. p. 11-52).

_____ **Velhice Bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas: Papyrus, 2004.

NERI, A.L.; CACHIONE, M. Velhice bem sucedida e educação. In: NERI, A.L; DEBERT, G.G. **Velhice e Sociedade**. Campinas: Papirus, 1999.

NERI, A.L.; YASSUDA, M.S. (Orgs.) **Velhice bem sucedida**: aspectos afetivos e cognitivos. Campinas: Papirus, 2004.

NOAK, H. Concepts of health and health promotion. In ABELIN, T. BRZEZINSK, Z.J.; CARSTAIRS, V.D.L. (Orgs.) **Measurement in health promotion**. Copenhagen: WHO, 1987.

OKUMA, S. S. **O Idoso e a Atividade Física**: fundamentos e pesquisa. Campinas: Papirus, 1998.

OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice**. 5.ed. New York: Mc Graw-Hill, 1995.

PALMA, A. Educação Física, Corpo e Saúde: uma reflexão sobre outros “modos de olhar”. **Rev. Brás. Cienc. Esporte**. v.22, n. 2, p. 23-39, 2001.

PAULA, J.T.S; CUPOLILLO, M.V. Traçando caminhos para a compreensão da constituição subjetiva da velhice. In: GONZÁLEZ REY, F.L. **Pesquisa qualitativa e subjetividade**: os processos de construção da informação. São Paulo: Pioneira Thomson, 2005. p. 353-380.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Caderno de Saúde pública**, v.1, n.5, p. 1527-1534, 2003.

PEREIRA DE SÁ, C. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J. (Org). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 2004.

PERUSSI, MÁRIO R. et al . Squamous cell carcinoma of the mouth in the elderly in São Paulo. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 48, n. 4, 2002 .

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno Saúde Pública**, v.19, n. 3, p. 793-798, 2003.

RESTREPO, H.E. (Org.) **Promoción de la salud: como construir vida saludable**. Bogotá: Editorial Médica Internacional, 2001.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.

SÁNCHEZ, F. Construcción de valores em salud. **Revista Costarricense de Salud Pública**, v.13 n.25 p.1-11, 2004.

SANTOS, W.T. **O olhar do idoso sobre sua própria saúde**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Departamento de Prática de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA JÚNIOR, A.P. et al. Autonomia e Educação Física: uma perspectiva à luz do ideário da Promoção da Saúde. **Conexões**, v.4, n.1, p.15-33, 2006.

SIQUEIRA, M.E.C. Teorias sociológicas do envelhecimento. In.: NERI, A.L. **Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas: Papirus, 2001. p. 73-112.

SIGERIST, H.E. **Historia y sociologia de la medicina**. Bogotá: Guadalupe, 1974.

SPINK, M. J. Representações sociais: questionando o estado da arte. **Psicologia & sociedade**, v. 8,n. 2, p. 166-86, 1996.

_____. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad. Saúde Públ.**, v.9, n. 3, p. 300-308, 1993.

SPINK, M. J. (Org) **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 2004a.

_____. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2004b.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2004. p. 41-61.

SPIRDUSO, W.W. **Physical Dimensions of aging**. Champaing: Human Kinetics, 1995.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, São Paulo, 2002.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la Teoria de la Salud Publica. In.: OPS. **Promoción de la Salud: Una Antologia**. Washington: OPS, Publ. Cient, 1996.

UCHÔA, E. et al. **Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural**. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA Jr., C. E. A. (Orgs) Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Fio cruz, 2002. p. 25-33.

VELARDI, M. **Pesquisa e Ação em Educação Física para Idosos**. Tese (Doutorado em Educação Física). Faculdade de Educação Física, Universidade de Campinas, Campinas, 2003.

VERAS, R.P.; CALDAS, C.P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v.9, n.2, p.423-432, 2004.

VIGOTSKY, L.S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

VILELA, E.M.; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: um estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.525-531, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) Study Group. **Assessment of fracture risk and its application in screening for postmenopausal osteoporosis**. Geneva: World Health Organization, 1994. (WHO Technical Report Series 843)

WILMORE, J.H.; COSTILL, D.L. **Fisiologia do Esporte e do Exercício**. 2 ed. São Paulo: Manole, 2001.

WINSLOW, C.E.A. The unfilled fields of public health. **Science**, v. 51, p. 23-33, 1920.

WHITE, K.L. **Healing the schism: epidemiology, medicine and the public's health**. Nova Iorque: Springer-Verlag, 1991.

ZABALZA, M.A. **Diários de aula**. São Paulo: Artmed, 2004.

ANEXO I

Universidade São Judas Tadeu

Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde

Curso de Educação Física

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, R.G. _____, voluntária e conscientemente concordo em participar do Programa de Educação Física do *Projeto Sênior para a Vida Ativa*.

Tenho conhecimento de que este é um programa de Educação Física que visa proporcionar a melhora da qualidade de vida. Neste programa o idoso será levado a descobrir suas possibilidades de desenvolvimento e a dar continuidade a esse processo através da aquisição de autonomia para a prática de atividade física ao longo da vida. Ao mesmo tempo, este também é um programa de pesquisa.

Sendo assim, concordo em submeter-me a:

1. um programa de Educação Física para idosos com duração de 12 meses, duas vezes por semana, às segundas e quartas-feiras, com sessões de 90 minutos cada, das 14:30 às 16:00 horas;
2. encontros periódicos às sextas-feiras, no mesmo horário, reservados para palestras e outras atividades;
3. exames clínicos, avaliações físicas e psicológicas periódicas, a fim de avaliar minhas condições de saúde, físicas e afetivas, no decorrer do programa;
4. todas as recomendações previamente estabelecidas pelos responsáveis por este programa;

É de meu inteiro entendimento que:

1. só poderei participar desse programa se os resultados dos exames clínicos e físicos confirmarem minha aptidão para tal;
2. a inexistência de alterações nos exames clínico e eletrocardiográfico não implica necessariamente na inexistência de problemas de saúde;
3. os responsáveis por este programa organizam-no de tal forma que o seu planejamento e o seu desenvolvimento levem em consideração os cuidados necessários para promover a minha integridade e o meu desenvolvimento físico;

4. não é esperado o aparecimento de desconforto, mal estar, mas sim, condições de melhora na minha qualidade de vida;
5. independentemente dos itens 1, 2 e 3, estou consciente de que se intercorrências com minha integridade física acontecerem no período em que se realiza o programa, os responsáveis por ele, bem como a Universidade São Judas, ficam isentos de quaisquer responsabilidades;
6. é permitido ter, no máximo, duas faltas por mês, as quais deverão ser justificadas. Caso as faltas excedam este número, estarei automaticamente desligado do programa;
7. tenho plena liberdade para afastar-me do programa em questão, a qualquer momento que desejar, sem nenhuma obrigatoriedade de prestar esclarecimentos e sem um único ônus à minha pessoa.
8. as informações coletadas ao longo do programa serão utilizadas exclusivamente para as finalidades previstas no projeto de pesquisa;
9. todos os dados sobre minha pessoa serão mantidos no mais absoluto sigilo, a fim de manter a minha integridade moral.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Participante e/ou Representante Legal

Coordenador do Projeto

Centro de Extensão da Universidade São Judas

Livros Grátis

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

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

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