



UNIVERSIDADE SÃO JUDAS TADEU

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

**SUBJETIVIDADE E IDOSOS: *EMPOWERMENT* E AUTONOMIA NA
PARTICIPAÇÃO EM UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

Claudia Francisca dos Santos

2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.



UNIVERSIDADE SÃO JUDAS TADEU

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

**SUBJETIVIDADE E IDOSOS: *EMPOWERMENT* E AUTONOMIA NA
PARTICIPAÇÃO EM UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

Claudia Francisca dos Santos

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

2009

Santos, Cláudia Francisca dos. Subjetividade e idosos: *empowerment* e autonomia na participação em um programa de educação física / Cláudia Francisca dos Santos. - São Paulo, 2009.

98f. ; 30 cm

Orientador: Maria Luiza Jesus Miranda.

Dissertação (mestrado) – Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2009.

1. Educação física. 2. Envelhecimento. 3. Subjetividade. I. Miranda, Maria Luiza Jesus. II. Universidade São Judas Tadeu, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Educação Física. III. Título

AGRADECIMENTOS

À Prof^ª Dra. Maria Luiza de Jesus Miranda que, com sua sabedoria, seu afeto e seu inerente dom de ensinar, me acolheu e apoiou nos momentos difíceis (que não foram poucos!) e sempre inspirou através de sua figura, para o quanto podemos ser pessoas melhores. Obrigada sempre pela sua paciência e por não desistir de mim!

Aos queridos idosos participantes, Sujeitos, dessa pesquisa, que me inspiraram e construíram junto a mim essa nova perspectiva como educadora. Vocês me transformaram!

Aos amigos e companheiros de trabalho que contribuíram com a elaboração desse trabalho e compreenderam os momentos de ausência e acima de tudo, pela permanente busca de um mundo melhor. Eduardo Blaz, Edson Moura, Karina Souza, Priscila Spinelli, Mariana Grifo e Maurício Nunes: vocês são inspirações!

Ao SESC São Paulo, por colaborar na realização dessa pesquisa e possibilitar esse espaço de desenvolvimento profissional. Permito-me aqui representar esse agradecimento através de alguns profissionais: Márcio Prudente, Roberto Pinto, Jonadabe Ferreira, José Carlos Monteiro e Oscar Rodrigues Filho.

À querida Prof^ª Dra. Marília Velardi, por suas contribuições fundamentais nesse trabalho e, principalmente, por compartilhar sua existência comigo.

À Prof^ª Dra. Eliane Dias Castro, por sua imensa colaboração na construção dessa pesquisa.

À Prof^ª Dra. Ana Zahira Bassit, por sua expressiva contribuição nesse trabalho.

Às amigas e “irmãs” acadêmicas Cláudia Pacífico, Cláudia Ottoni e Fernanda Merida, por compartilharem as dúvidas e a certeza de que somos inacabados, porém persistentes!

Ao meu Esposo Mário, companheiro incondicional, que com seu amor mostra todos os

dias como somos capazes de transformar o mundo... A partir de nós!

Aos meus Irmãos Priscila, Roque e Simone pela fé que têm em mim e por sempre estarem ao meu lado.

Ao meu Pai Roque, que através da sua visão de mundo me faz sempre refletir quem sou eu...

À minha Mãe Dirce que, de onde estiver olha por mim e faz da minha saudade uma alegria por ter tido a sorte de tê-la ao meu lado por 31 anos.

Obrigada a todos que de alguma maneira contribuíram para a realização desse estudo.

SUMÁRIO

Resumo	vi
Abstract	viii
1. Introdução.....	1
2. Revisão da Literatura	9
2.1. Velhice	9
2.2. . O “corpo” que envelhece	17
2.3. Educação Física para idosos na perspectiva da Promoção da Saúde ...	22
2.4. Autonomia	29
2.5. <i>Empowerment</i>	36
3. Metodologia	44
3.1. A Epistemologia Qualitativa	44
3.2. Trajetória da Pesquisa	47
3.2.1. O Cenário	47
3.2.2. Os instrumentos.....	51
3.2.3 Os Sujeitos.....	53
4. Análise e discussão das informações	57
4.1. A exclusão social: o sentido negativo da velhice	58
4.2. O sentido de poder para...: a capacidade percebida para operar mudan- ças	62
4.3. O sentido da escolha livre: manifestações de autonomia	72
5. Considerações finais.....	76
6. Referências Bibliográficas.....	81
ANEXOS	88

RESUMO

Esse trabalho teve como ponto de partida os questionamentos da pesquisadora, relacionados aos possíveis impactos na vida dos sujeitos participantes, ao assumir como docente o Programa Ginástica Integrativa do SESC Itaquera, atividade direcionada ao público adulto e idoso. O programa foi elaborado a partir do referencial teórico da instituição (GV) (TSI) e as orientações do ideário da Promoção da Saúde. Como conceitos convergentes desse referencial estão o desenvolvimento da autonomia para a autogestão da atividade física e à questões relacionadas à saúde dos sujeitos participantes, tendo como estratégia o *empowerment*. Este, definido como o processo de capacitação de indivíduos e comunidades a partir do aumento do seu nível de conhecimento e informação, através de práticas educativas. Assim, análise desse processo necessita da interação de diferentes níveis de análise e, portanto não pode ser visto de maneira isolada, quantificada. No intuito de compreender o tecido que compõe esse cenário, essa pesquisa teve como objetivo investigar e compreender, através da subjetividade, se as ações envolvidas no Programa Ginástica Integrativa do SESC Itaquera, refletem em *empowerment* dos idosos participantes, bem como em manifestações de autonomia frente a questões de saúde, principalmente referindo-se à prática de atividade física. Para atingir tal objetivo, foi realizada uma pesquisa fundamentada nos princípios da Epistemologia Qualitativa e nos referenciais teóricos propostos por González Rey sobre a subjetividade. Esta proposta tem como cerne o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento, através de um processo dialógico. Participaram desse estudo cinco idosos do Programa Ginástica Integrativa, entre os anos de 2007 e 2008, numa combinação dos seguintes instrumentos: caderno de campo para o registro de observações e impressões da pesquisadora durante a pesquisa; sistema conversacional entre os idosos e pesquisadora e o conflito de diálogos. As informações obtidas foram transcritas e analisadas, e a construção da informação foi realizada a partir da interação entre a configuração subjetiva individual dos idosos e a subjetividade social, presentes no grupo. Podemos apontar como núcleos de sentido subjetivos: o sentido da exclusão social: o sentido negativo da velhice, o sentido de poder para operar

mudanças e o sentido de escolhas livres. Verificou-se que foi expresso pelos idosos um sentido de poder para agir a favor de questões relacionadas à saúde, no caso à prática de atividades físicas, porém notou-se que essa configuração relacionada à auto-eficácia e auto-estima estão associadas a ações individuais e dentro do próprio grupo, o que nos mostra um incremento do *empowerment* dessas pessoas e que pode ser refletido em ações consideradas autônomas, porém devemos considerar que essas ações limitaram-se, em sua maioria, ao ambiente de realização da atividade. Compreendemos que se trata de um processo ainda em construção e que depende de vários componentes, históricos, culturais e sociais que podem interferir nesse desenvolvimento.

Palavras Chaves: Educação Física, envelhecimento, *empowerment*, subjetividade.

ABSTRACT

This work had as starting point the questionings of the researcher, related to the possible impacts in the life of the participant citizens, when assuming as professor the Program Integrativa Gymnastics of the SESC Itaquera, activity directed to the adult and aged public. The program was elaborated from the theoretical referencial of the institution (GV) (TSI) and the Promotion of the Health. As convergent concepts of this referencial they are the development of the autonomy for the self management of the physical activity and to the questions related to the health of the participant citizens, having as strategy empowerment. This, defined as the process of qualification of individuals and communities from the increase of its level of knowledge and information, through educative practical. Thus, analysis of this process needs the interaction of different levels of analysis and, therefore it cannot be seen in isolated way, quantified. In intention to understand the fabric that this scene composes, this research had as objective to investigate and to understand, through the subjectivity, if the involved actions in the Program Integrativa Gymnastics of the SESC Itaquera reflect in empowerment of the aged participants, as well as in manifestations of autonomy front the health questions, mainly mentioning the practical of physical activity. To reach such objective, a research based on the principles of the Qualitative Epistemology and on the theoretical referenciais considered by González Rey on the subjectivity was carried through. This proposal has as field the constructive-interpretative character of the knowledge, through a dialogic process. They had participated of this study five aged of the Program Integrativa Gymnastics, enters the years of 2007 and 2008, in a combination of the following instruments: class diary for the register of comments and impressions of the researcher during the research; conversational between aged and searching system and the conflict of dialogues. The gotten information transcribing and had been analyzed, and the construction of the information was carried through from the interaction enters the individual subjective configuration of aged and the social subjectivity, gifts in the group. We can point as subjective nuclei of direction: the direction of the exclusion, the direction of being able to operate changes and the direction of free choices. It was

verified that he was express for aged a direction of being able to act in favor of questions related to the health, in the case to the practical one of physical activities, however noticed that this configuration related to the auto-effectiveness and auto-esteem is associates the individual action and inside of the proper group, what in the sample an increment of empowerment of these people and that can be reflected in considered actions independent, however we must consider that these actions had been limited, in its majority, to the environment of accomplishment of the activity. We understand that if it still deals with a process in construction and that depends on some components, descriptions, cultural and social that can intervene with this development.

Key words: Physical education, aging, empowerment, subjectivity.

1. Introdução

Nas últimas décadas, o número de pesquisas e intervenções acerca do envelhecimento tem aumentado gradativamente nas sociedades brasileira e mundial. Para Neri (2005), o expressivo aumento populacional vem gerando uma grande demanda quanto à criação de políticas que não só garantam o prolongamento da vida, mas também a participação social dos idosos como elemento fundamental para a estrutura da sociedade. Para muitos, a prática da atividade física vem sendo vinculada a um dos fatores de interferência positiva nessas questões. A ampliação do repertório motor e a inclusão da prática regular de atividades físicas podem contribuir, outrossim, para um dado importante: a participação social que, dentre outros fatores, parece relacionada à manutenção de níveis mínimos de aptidão funcional.

Como profissional de Educação Física, deparei-me com essas questões ao assumir, em 2006, o cargo de instrutora de atividades físicas no SESC Itaquera, função esta que envolvia ministrar sessões de atividade física para idosos na denominada Ginástica Integrativa. Inicialmente busquei conhecer o histórico dessa atividade no local, inserir-me nessa nova realidade, saber como e quando surgiu, quais eram seus participantes, partindo do pressuposto que a partir do estudo da realidade vivida pelo grupo e a percepção que têm sobre esta mesma realidade constituem o ponto de partida e a matéria-prima do processo educativo.

A atividade teve início a partir do ano de 2004 com o aumento da presença voluntária de idosos na instituição - em sua maioria, moradores das redondezas, de baixa renda e pouca escolarização -, fazendo com que atividades e estratégias para o atendimento dessa população fossem desenvolvidas. Procurei conhecer junto aos profissionais e alunos como eram as atividades e como eles avaliavam o programa, assim como se possuíam expectativas que não estavam sendo contempladas.

Em conversas informais com os idosos ficou claro que a maioria estava satisfeita tanto com as atividades (duas sessões semanais em sala de aula, de ginástica

geral, alongamento, entre outros) quanto com os profissionais envolvidos, de modo que esperavam uma continuidade do trabalho aplicado até aquele instante. Porém, ao questionar os profissionais que coordenavam o trabalho, percebi que havia uma expectativa de mudanças no trabalho, tendo em vista que, de acordo com seus relatos, as aulas não tinham como objetivo principal somente a melhoria da aptidão física e possuísem um componente de sociabilização entre os participantes, de tal maneira que faltava um trabalho mais consistente, junto ao grupo, de educação não-formal que fosse coerente com a finalidade da instituição postulante (SESC, DN, 2004):

“A diretriz básica do SESC é a de um trabalho eminentemente educativo que permeie direta e/ou indiretamente todas as atividades e serviços desenvolvidos, fazendo com que os mesmos ultrapassem seus objetivos mais imediatos, tornando-se mais eficazes ao contribuírem para a informação, a capacitação e o desenvolvimento de valores”.

Como profissional de Educação Física, tinha pouca experiência com o público idoso, já que, até aquele momento, minhas atividades tinham sido limitadas a aulas de hidroginástica em clubes e academias para o público adulto, onde até havia a participação de alguns idosos, mas minha atuação se centrava apenas no “fazer” a atividade, sem nenhum objetivo educacional explícito, ou ainda, sem qualquer preocupação além da questão física dessas pessoas.

A partir daí percebi que haveria uma incoerência entre os objetivos que a instituição postulava e o tipo de atuação que eu havia tido até então. Na tentativa de esclarecer um pouco mais essas diretrizes de trabalho que haveria de assumir, informei-me com a equipe de coordenação do SESC Itaquera e me foi sugerido consultar o documento orientador para a prática de atividades físicas da instituição, denominado “Ginástica Voluntária”.

O programa foi desenvolvido por técnicos do SESC São Paulo, no início da década de 90, com a intenção de se contrapor ao modelo de atividade física que reproduzia conceitos biologicistas e que privilegiasse somente o condicionamento físico e a aptidão física (GALANTE, 2001). De acordo com o documento, o objetivo desse programa é desenvolver um processo de educação corporal baseado na

ludicidade e no desenvolvimento da autonomia, com a intenção de possibilitar ao indivíduo o aprimoramento de suas práticas corporais integradas a situações do cotidiano como uma proposta de Educação em Saúde (SESC, 1993).

As estratégias desse programa consistem no uso de “temas integradores” (independentes da atividade ou da técnica corporal aplicada) relacionados ao corpo (sistemas orgânicos), aos gestos cotidianos (andar, sentar, etc.) e a aspectos culturais ou sociais, como a violência ou a afetividade; ao uso de uma comunicação educativa (exposições, cartazes, etc) e da facilitação de espaços e equipamentos que não sejam característicos, como, por exemplo, uma sala de ginástica. Todas essas estratégias procuram preparar o indivíduo e grupos com autonomia para a autogestão de suas práticas corporais (SESC, 1993). Nesse contexto o educador é orientado a ser um “facilitador” do processo educacional.

Tal proposta foi totalmente nova para mim, pois temas como autonomia e autogestão da atividade física, bem como, agregação de aspectos culturais e sociais e outros valores à minha atuação nunca haviam sido cogitados. Minha compreensão sobre a prática profissional se encontrava reduzida a um modelo em que o saber técnico-científico, representado pela figura do professor (o detentor desse conhecimento), teria seu conteúdo repassado por meio de uma prática sistematizada. Tratava-se de uma concepção de educação que mais tarde viria a receber a nomenclatura de “bancária”.

A partir do primeiro contato com esses temas percebi que necessitava de um suporte teórico maior para elaborar um trabalho que agregasse os objetivos da instituição aos dos idosos e fui buscar no interior da própria instituição, reconhecida por seu atendimento a essa população, e na literatura, especificidades para um trabalho direcionado àquele público que pudesse me auxiliar na resolução dessas questões.

Analisando os documentos da instituição, cheguei ao Trabalho Social com Idosos (TSI), criado pelo SESC São Paulo na década de 60. Este documento contém a orientação para a realização de ações multidisciplinares voltadas a uma intervenção

que vise à formação e ao desenvolvimento humano pela aquisição de conhecimentos, aprimoramento de habilidades físicas, intelectuais, artísticas, entre outras, além da interação pessoal e do exercício do pensamento crítico e criativo, sempre de forma voluntária e prazerosa, agregando a condição essencial da interação social, criando e ampliando as possibilidades de participação ativa de idosos na dinâmica social (SESC, 2003).

Mais uma vez, dei-me conta de que esse trabalho não poderia ser desenvolvido de forma simplista. Estavam presentes aí questões que necessitavam de um trabalho processual que passavam ao largo de uma visão reducionista, no qual a prática de atividade física não seria voltada apenas para o desenvolvimento de aptidões físicas, mas sim a um contexto que superaria e iria além do espaço de realização das aulas.

No entanto, com esse levantamento ficou claro que havia a possibilidade de uma intervenção que tivesse esses pressupostos teóricos (GV e TSI) e que o trabalho poderia, de fato, apresentar entre seus objetivos a fomentação da autonomia e inserção social do cidadão idoso por meio da atividade física, encarada sob a abordagem da educação não-formal.

Ademais disso, restou igualmente notável que o Programa Ginástica Integrativa demandava reformulações. Contudo, cumpre assinalar que o relato dos idosos que aprovavam as atividades anteriores me suscitou questionamentos quanto à implantação dessas novas estratégias: será que os participantes iriam compreender e aceitar essas alterações? Será que o novo percurso estaria de acordo com as expectativas e necessidades desses idosos?

Assim, no intuito de elaborar o conteúdo e as estratégias que atendessem aos idosos de forma que participassem e permanecessem no programa, além de que compreendessem os objetivos da instituição, recorri à literatura, cursos e materiais específicos de prescrição na área da Educação Física. Para minha surpresa, deparei-me com “recomendações” que, em sua maior parte, aludiam ao idoso como um ser que deveria ser cuidado, não exposto a qualquer risco, que deteria somente limitações

e encontraria na atividade física um “remédio” para os problemas associados à sua condição de “velho”. Frise-se que em todo material consultado não havia praticamente nada que remetesse a questões atinentes à inserção social do idoso, exceto pela menção de que ao praticar uma atividade física ele poderia se tornar mais independente fisicamente e, com isso, participar de modo mais ativo da sociedade.

Essa visão reducionista, na qual a atividade física aparece associada à saúde como fenômeno de causa e efeito não parecia coerente com os objetivos propostos pelo programa e tampouco com as perspectivas dos participantes, com os quais já estava em contato, já que estes não pareciam “doentes” e sequer pareciam ter a preocupação de “curar” sua velhice.

Essa inquietação me levou a aprofundar a leitura e buscar outros olhares em outras áreas de conhecimento, como a Psicologia e a Gerontologia, nas quais encontrei uma visão mais ponderada e não-preconceituosa, que corresponde ao abandono da ideia de velhice apenas como problema médico-social, dos idosos simplesmente como pessoas a serem cuidadas e do envelhecer como processo a ser mascarado. Como profissional de Educação Física, sentia ainda a necessidade de buscar mais conhecimentos que orientassem o desenvolvimento do programa que me foi designado.

Essa busca me fez chegar, em agosto de 2006, à Professora Dra. Maria Luiza de Jesus Miranda da Universidade São Judas Tadeu, a quem conheci em minha graduação nessa universidade, quando ela já era estudiosa das questões do envelhecimento; além de ser uma das coordenadoras do Grupo de Estudo e Pesquisa Sênior (GREPES), no qual ingressei. O grupo se reúne para discutir e tentar compreender quais ações, dentro de um programa de Educação Física para idosos, podem contribuir para a saúde e o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos.

Autonomia é aqui tida como um dos principais objetivos do Ideário da Promoção da Saúde, sendo considerada como decorrente de algo que transcende as ações cotidianas, relacionada à capacidade de realização pessoal e não apenas à dependência física ou social, sendo originária da capacitação dos indivíduos e da

comunidade (*empowerment*) por meio do aumento de seu nível de conhecimento e de informação frente à atividade física (SILVA JR. *et al*, 2006).

Participando das reuniões e das discussões sobre esses conceitos, fui compreendendo que existia uma convergência entre os programas que orientavam minha prática profissional (GV e TSI) e os pressupostos teóricos do ideário da Promoção da Saúde, de acordo com o que a questão da saúde se vê ampliada para outros aspectos - não só os biológicos, como também sociais, ambientais entre outros. Passei, então, a compreender e considerar que educar é o principal objetivo da Educação Física e que a mera “instrução”, o fazer pelo fazer do exercício, não desenvolve a autonomia ou a consciência crítica do sujeito frente à atividade física, ao deixar de olhar o ser humano em sua complexidade. Portanto, me pareceu que adotar uma ação sob a perspectiva do ideário da Promoção da Saúde, através do *empowerment*, corresponde a um compromisso com o desenvolvimento das potencialidades do ser humano além do olhar biológico.

Já “envolvida” por todas essas questões decorrentes de uma visão mais humanista, propus à coordenação do SESC Itaquera o desenvolvimento de um programa de atividade física permanente para adultos e idosos que tivesse como suporte teórico a Ginástica Voluntária, o Trabalho Social com Idosos e as ideias da Promoção da Saúde. A proposta foi aceita e, então, dei continuidade à prática docente com idosos junto ao grupo do SESC Itaquera.

Assim, o trabalho prosseguiu com essas orientações e, embora as mudanças práticas (como alterações de horários, número de alunos por aula, locais e tipos de atividades) tenham causado estranheza inicial, ao longo desse período os benefícios biológicos, mensuráveis, foram constatados por meio de testes e exames clínicos realizados. Contudo, o que mais chamou a atenção foram os relatos dos participantes, na medida em que relacionavam possíveis mudanças positivas em suas vidas a essa participação em outras esferas da vida, como a familiar e a social. Também ficou evidente o surgimento de algumas ações individuais e em grupo para buscar melhorias dentro do próprio ambiente das aulas.

Como docente, minha preocupação inicial foi implantar um programa de Educação Física para idosos que atendesse às diretrizes da instituição e fosse coerente com o ideário da Promoção da Saúde e seus objetivos. Desde o início do trabalho junto ao grupo do SESC Itaquera, constituiu-se, sob uma perspectiva pedagógica, um vínculo dinâmico de pesquisa e discussão sobre a realidade vivida. Essa trajetória estava sendo construída a partir de vários componentes de um processo interativo que envolvia os idosos, a mim como educadora e a instituição enquanto espaço social onde se desenvolvia a atividade. Assim, a necessidade de se avaliar qual era o impacto dessa intervenção junto aos idosos participantes tornou-se uma consequência.

Diante dessa nova realidade, como afirmam Oliveira e Oliveira (1990), considerando que o conhecimento não é uma simples cópia ou descrição de uma realidade estática e que essa realidade deve ser decifrada a cada momento, surgiram alguns questionamentos: haveria incremento do *empowerment* individual e coletivo dos idosos participantes da Ginástica Integrativa? E a autonomia desses idosos frente à atividade física? Qual o impacto dessa participação nos aspectos psicológicos e sociais desses idosos?

Sendo o *empowerment* definido como o desenvolvimento da participação de indivíduos e comunidades no processo dinâmico de ação social que tem por objetivo mudanças individuais e comunitárias, nos parece que sua avaliação não pode ser feita de maneira isolada, pois uma vez que esse processo é claramente uma interação entre diferentes níveis de análise, este nunca não poderá ser resultado individual ou uma variável pessoal medida isoladamente do cenário social.

Pesquisar como se revela o processo de *empowerment* implica em aceitar que há uma relação entre o individual e o social que não é dissociada, que compreende uma mudança individual a partir de uma interferência social, o que por sua vez depende da iniciativa do sujeito. Nesse sentido, a pesquisa pretendeu avaliar se as ações envolvidas no Programa Ginástica Integrativa do SESC Itaquera resultaram em incremento do *empowerment* individual e comunitário dos idosos participantes, e se há o desenvolvimento da autonomia desses sujeitos. Essa avaliação se destina ao

olhar sobre as várias esferas da vida desses idosos, representadas através dos sentidos e significados que podem estar envolvidos na participação no Programa Ginástica Integrativa.

Nesse caso uma avaliação pode ser feita por meio da análise da auto-eficácia ou capacidade percebida para ajudar outras pessoas; da participação de mudanças comunitárias; ou, ainda, da capacidade de pensar criticamente sobre as causas dos problemas. Assim, parti do pressuposto de que tais indagações estão configuradas e podem ser expressas por fenômenos psicológicos e pelo entendimento acerca da subjetividade presente nesse cenário, abarcando todas as partes envolvidas nesse processo, a saber, os idosos, a instituição e a educadora.

Para melhor elucidar os pontos acima expostos, parece imperativo adotar uma perspectiva que trate dos complexos processos subjetivos que estão envolvidos nessa intervenção. Para Cardinalli (2006) os pensamentos representam esse aspecto carregado de sentido em diversas experiências, sendo os responsáveis pela maneira como o sujeito lida com os acontecimentos de sua vida.

No intuito de refletir – sem a pretensão de esgotar qualquer discussão – sobre os aspectos envolvidos nas ações do Programa Ginástica Integrativa do SESC Itaquera, focarei este campo tão fundamental da subjetividade com fundamento nos estudos de González Rey sobre o tema (1997,2002,2005).

Portanto, este trabalho tem como objetivo investigar e compreender, através da subjetividade, se as ações envolvidas no Programa Ginástica Integrativa do SESC Itaquera, bem como em manifestações de autonomia frente a questões de saúde, principalmente referindo-se à prática de atividade física, refletem em *empowerment* dos idosos participantes.

2. Revisão da Literatura

2.1. A Velhice

A Organização Mundial da Saúde (OMS) denomina ‘população idosa’ aquela formada por indivíduos com idades a partir de 60 anos, fazendo uma diferenciação entre países considerados em desenvolvimento, caso do Brasil, e países tidos como desenvolvidos, nos quais esse limite é elevado para 65 anos. No Brasil, estima-se que haja cerca de 18 milhões de pessoas naquela faixa etária e, tendo em vista o contínuo aumento dessa população, calcula-se que para os próximos 20 anos esse número deve dobrar, chegando a representar um quinto da população brasileira (NERI, 2007).

A acelerada mudança no quadro demográfico repercute em todos os planos da vida social, sobretudo porque provoca uma brusca quebra cultural num país habituado a valorizar, em princípio, a criança e o jovem (MINAYO, 2006). Num processo dinâmico, as representações sobre o envelhecimento se modificam com o passar do tempo e também interferem na realidade, criando novas demandas sociais pela exigência de políticas sociais para a velhice ou ainda pela necessidade de reconstrução dos significados sobre a velhice para cada sociedade (PEIXOTO, 2003).

Para Golfarb (2006), esse aumento populacional em uma sociedade marcada pelo progresso tecnológico provoca uma constante mudança de valores, que muitas vezes atendem a determinados interesses econômicos ou de classes, incluindo estratégias que podem ser de inclusão ou exclusão do idoso. Conforme a autora, existe uma representação social do velho e da velhice que, como construção coletiva, está enraizada historicamente de forma a determinar atitudes e estratégias sobre as quais precisamos refletir.

Caracterizar ou classificar o que seja a velhice não é tarefa fácil, haja vista se tratar de um conceito que não possui uma única face. Sob vertentes filosóficas, religiosas ou artísticas, várias explicações ou denominações sobre o que é ou o que representa a velhice tomam corpo em diferentes períodos da história.

Nas sociedades tradicionais, a figura do velho representava a sabedoria, a paciência e a transmissão dos valores dos ancestrais, porquanto ele era quem detinha a memória coletiva. Contudo, com as sucessivas transformações que ocorreram no âmbito social a partir do século XVIII e que culminaram na Revolução Industrial, o indivíduo passou a ter um valor sobre o que ele produzia. As noções tradicionais foram substituídas no bojo de uma sociedade individualista em que o velho, por não produzir mais “capital”, passou a ser associado à inutilidade.

Tais novos valores foram difundidos e absorvidos por vários povos, traduziram-se na ideia de que o idoso constitui o sujeito que não apresenta possibilidades de desenvolvimento em qualquer esfera e, em razão disso, aguarda apenas uma fase de perdas e de cuidados que a família ou o Estado deverão ter com ele.

No Brasil, a associação entre velhice e decadência sempre atingiu vários domínios da sociedade. Em um trabalho sobre representação social da velhice, publicado em 1988, revelou-se que a categoria velho, na percepção das pessoas idosas pertencentes às camadas médias e superiores, está também associada à pobreza, à dependência e à incapacidade (DEBERT, 1988). Mais recentemente, em uma pesquisa publicada em 2007, esse panorama parece não ter sido modificado, tanto entre os idosos (80%) quanto entre os não-idosos (90%), pois que a percepção da chegada da velhice se mostrou associada a aspectos negativos como doenças ou debilidades físicas, desânimo ou dependência física (NERI, 2007).

Para Minayo (2006), do ponto de vista antropológico, o primeiro aspecto a observar é que “velho” não constitui uma categoria de análise homogênea e defini-la de uma única forma seria tomar distância da complexidade desse grupo.

Para a autora, há três mitos sociais (ou uma generalização construída ao longo do tempo) que discriminam e delimitam o lugar e o papel da pessoa idosa na sociedade brasileira: (1) a redução do envelhecimento ao processo orgânico; (2) a consideração de processo de envelhecer como decadência; e (3) a interpretação da velhice como problema.

O primeiro e mais comum mito social associado ao idoso é aquele que iguala o envelhecimento à doença. Segundo a autora, em torno do avanço da medicina marcada pelo biologicismo foi estabelecido um grande mercado consumidor da medicina associado à idade. Esse panorama negativo da velhice encontra suas raízes históricas e culturais no desenvolvimento tecnológico no século XX, quando ocorreu a consolidação do poder da medicina como campo profissional e ampla difusão do modelo biomédico sobre o envelhecimento como uma disciplina e como uma visão de mundo capaz de afetar os rumos da pesquisa e da intervenção com idosos, assim como influenciar atitudes, práticas políticas sociais em relação à velhice (NERI et al, 2004).

Esse modelo definiu os “problemas/aspectos” da velhice tanto no campo biológico quanto social e, ao associar enfermidade à velhice, manteve imagens sociais que transmitiam certa visão patologizada da população idosa, fitada como público a ser, no mínimo, evitado. Sob a perspectiva de que esse amplo quadro não representa mais que um mito, pode-se afirmar que a saúde do idoso há de ser habitualmente identificada com a ausência de doenças e a realização de tarefas diárias.

O segundo mito está relacionado, em geral, ao fato de a sociedade manter e reproduzir a ideia, herdada dos valores da Revolução Industrial, de que o indivíduo vale o quanto produz e o quanto ganha. Assim, ao se tornar velho, fora do mercado de trabalho, o idoso entra numa fase de decadência e torna-se descartável (MINAYO, 2006). Esse fato reflete em comportamentos negativos e preconceituosos em relação aos idosos e à velhice baseados não só na distância etária, mas também na econômica.

Já o terceiro mito, relacionado à interpretação da velhice como um problema, atravessa classes e instituições, possuindo três focos principais: a família, a instituição médica e o Estado (MINAYO, 2006). De acordo com a autora, familiares, se queixam da existência de problemas de convivência intergeracionais que refletem em divergências de mentalidade, valores e comportamentos. Por sua vez, também apontam a inexistência de apoio do Estado às situações que vão se modificando ao longo do tempo, sobretudo no caso de idosos que se apresentam dependentes pela idade avançada ou por enfermidades crônicas e degenerativas.

De acordo com Peixoto (2003), o que tornou a velhice um “problema social” foram, sobretudo as consequências econômicas, que afetaram as estruturas financeiras de empresas e, posteriormente do Estado, por conta das aposentadorias e da sobrecarga no sistema previdenciário, o que por certo não podemos considerar como uma questão isolada, gerada apenas pela população idosa que configuraria um “problema social”, pois a má distribuição dos recursos financeiros e tecnológicos afeta boa parte da sociedade do País, principalmente aqueles setores que não são considerados produtivos, como é justamente o caso dos idosos.

Nesse contexto histórico e cultural, em que o idoso é visto como um sujeito que está submetido apenas a perdas físicas; sob um sistema de ordem capitalista, em que só os indivíduos que trabalham e produzem são valorizados; e em um cenário onde as instituições e os Estado são mal preparados para lidarem com as questões que vão além das soluções tecnológicas, são perpetuados valores sobre velhice e o que é ser velho que podem influenciar e resultar no desenvolvimento de atitudes negativas voltadas contra essa população.

Para Neri (2007), o conceito de atitude faz parte de um campo em que figuram também as noções de crenças, preconceitos, estereótipos, valores e ideologia. Para a autora, as atitudes em relação à velhice são socialmente apreendidas ao longo de toda a vida, a partir da própria convivência com os idosos, da nossa própria velhice e, também, a partir da observação e de experiências simbólicas derivadas do nosso contato com as artes, literatura, mídia, entre outros. Muitos preconceitos (positivos ou negativos) e estereótipos (negativos ou compassivos) resultam de falsas crenças relacionadas à competência e à produtividade dos idosos. Ou seja, é estabelecida uma discriminação social por critério de idade, motivada principalmente por razões econômicas. Cria-se uma categorização do que é ser velho e, junto a essa categoria, carregam-se uma série de características pré-estabelecidas que influenciam e determinam nossas ações diante do sujeito.

Hoje é comum, por exemplo, surgirem novas denominações ao idoso que tenham um efeito “positivo”, muitas vezes na tentativa de afastar a conotação negativa que a palavra “velho” possui, surgem termos como “melhor idade”, “idade

de ouro”, entre outros. E com isso, mais uma vez, aquele que faz parte de um grupo da “melhor idade” carrega consigo um conjunto de características pré-estabelecidas, como ser ativo, viajar, ter amigos etc.

O processo de categorização social é um processo social-cognitivo que preside as relações entre pessoas e grupos de todas as idades, tendo como base as atitudes. Desde cedo somos levados a responder a categorias de gênero, idade e posição (DEBERT, 2003). Essas categorias são constitutivas de realidades sociais específicas e têm como referência a idade cronológica, operando recortes diferenciais em uma população, definindo elos entre gerações e distribuindo poder e privilégios dentro das classes sociais. Categorias e grupos sociais implicam, portanto, a imposição de uma visão de mundo social que contribui para manter ou transformar as posições de cada um nos espaços sociais específicos (DEBERT, 2003).

Assim, nos encontramos em uma situação em que o idoso sofre uma “categorização” que traz em si um conjunto de valores que acaba contribuindo para seu afastamento da vivência da plenitude de sua cidadania, da possibilidade de atuar e contribuir em várias dimensões da sociedade, sob várias perspectivas.

Para Goldfarb (1997) existem diferentes concepções de velhice e, apesar de haver sinais equivalentes e universais em cada cultura sobre o que ela é, nem individualmente nem em conjunto dão conta de uma definição única. É preciso compreendê-la sob outras angulações envolvidas ao longo da vida de uma pessoa (cultural, social e psicológica), ou seja, cumpre verificar que o envelhecimento ocorre de forma desigual e pode ser influenciado pela inserção da pessoa na sociedade

Ao atuarmos em intervenções junto a essa população, precisamos, portanto, desconstruir essa visão preconceituosa que pode resultar em atitudes negativas em relação aos idosos em nossas práticas. Se considerarmos idoso apenas aquele sujeito com mais de 60 anos podemos cometer o erro de classificarmos essas pessoas somente pelo fator cronológico e, assim, montarmos um “quadro” de características físicas, pessoais e culturais que são “esperadas” apenas porque a pessoa encontra-se nessa faixa-etária. Além disso, considerar o contexto social e cultural em que nosso

aluno está inserido, o significado de ser velho para cada uma dessas pessoas e como esse conceito foi sendo construído por essa população pode nos trazer uma maior aproximação com a realidade desses sujeitos e talvez nos auxilie a encontrarmos meios que possam contribuir com um envelhecimento saudável.

Em busca de outro olhar, sob um paradigma que não seja restrito ao caráter biológico e que reconheça e compreenda as perdas inevitáveis com o passar dos anos (sem se estruturar sobre elas), existem trabalhos que procuram compreender a velhice sob uma perspectiva de desenvolvimento e condições mais favoráveis. Uma dessas propostas se refere à Teoria da Velhice Bem-Sucedida, desenvolvida por Baltes (1997), utilizado também como referencial teórico para estruturação do Programa Ginástica Integrativa.

De acordo com esse autor, um envelhecimento saudável está associado a um processo de adaptação, entre ganhos e perdas. A compensação das perdas se dá por um mecanismo de seleção e estratégias adequadas, o que leva à otimização do funcionamento físico, cognitivo, social ou emocional. O mencionado modelo de envelhecimento bem-sucedido é denominado SOC – Seleção, Otimização e Compensação – e consiste em um conjunto de conceitos que supõem uma interação desses processos em diferentes etapas da vida.

Essa teoria (SOC) pretende levar o indivíduo a alcançar níveis mais altos de funcionamento (crescimento) e a impedir resultados negativos (manutenção), sendo caracterizada por três componentes:

- *A seleção*: envolve a direção, metas ou resultados que, por sua vez, ocorrem dentro de determinadas condições ou limitações, incluindo limites de tempo e recursos;

- *A otimização*: envolve meios para obtenção de sucesso (resultados esperados); é o movimento em direção ao aumento da eficácia e de níveis mais elevados de desenvolvimento;

- *A compensação*: possui origens amplas e formas variadas, é

operacionalizada quando um conjunto de recursos não está disponível, na busca de evitar perdas e declínios.

Assim, a partir da teoria SOC, entende-se que é possível a maximização de ganhos e a minimização de perdas que permitem ao indivíduo um possível equilíbrio, dependendo da natureza do que significam ganho e perda, do contexto sociocultural e de recursos individuais, além de preferências pessoais. Sob esse ponto de vista, o bem-estar na velhice depende do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, a possibilitar, em diferentes graus de eficácia, que ele venha a lidar com algumas perdas ocorridas nessa fase da vida (NERI, 2005).

Ao termos conhecimentos sobre a efetividade de equilíbrio entre ganhos e perdas e que a velhice faz parte de uma construção social, faz-se necessário desconstruir os estereótipos sobre o que é ser velho e isso inclui compreender que cada indivíduo desenvolve sua velhice em um contexto histórico e cultural próprio, embora com características que possam ser comuns a pessoas contemporâneas e pertencentes a uma mesma sociedade. Devemos repensar criticamente sobre nossas práticas e intervenções junto a essa população. Isso implica em olhar com a perspectiva de desenvolvimento das potencialidades de qualquer sujeito, independentemente da idade cronológica que apresenta.

Essa perspectiva me auxiliou a refletir sobre meu impacto inicial ao confrontar a realidade junto aos idosos com o que havia encontrado na literatura sobre essa população. Percebi que o problema inicial era “meu”, que tinha um olhar sobre o que era ser idoso construído no decorrer da minha vida que, não possibilitava a compreensão dos motivos que levavam a essas pessoas a não terem o avanço da idade como um problema para elas. Envelhecer, pelo menos num primeiro momento, não emergia como uma dificuldade ou algo a ser evitado. No convívio diário, e principalmente durante as aulas, a forma como se comportavam contrariava a maioria das normas de prescrição de exercícios direcionados a essa população que eu havia consultado. Frases como: “*Nós gostamos de aula bem puxada, viu Professora... sem descanso*” (CC- João); ou ainda: “*Quanto mais “forte” a ginástica, mais a gente gosta... é assim que tem que ser!*” (CC- Silvia).

Essa “intensidade” com que eles se dispunham a realizar aulas, a submeter seus corpos a cargas consideradas adequadas a pessoas mais jovens, levou-me a rever não só essa relação que esses indivíduos possuíam com seus corpos, mas também, minha visão que, mesmo intrigada com os vários aspectos que emergiam nessa prática, ainda era fortemente baseada em respostas corporais que a princípio eles me apresentavam. Comecei a questionar se não estava direcionando minha intervenção a uma velhice “representada” num corpo que envelhece. Ou seja, lá estava eu, embora incomodada com isso, construindo minhas práticas pautadas em uma visão dualista, baseada na “manutenção” de um corpo que respondia a estímulos e à espera de resultados considerados adequados para os idosos. Ou seja, atuava com um ideal de corpo baseado em um padrão idealizado em nossa sociedade: um corpo jovem, belo e saudável, sem “defeitos”.

A partir daí passei a atentar para como o conceito de velhice como um corpo que se deteriora está presente no cotidiano profissional em Educação Física (e não só nela), e como essa questão é pouco discutida em nossa área, a não ser pela preocupação em investigar os “efeitos” do passar dos anos “sobre” o corpo, ou em minimizar esses efeitos. Poucas discussões são difundidas sobre o quanto essa relação inviabiliza a compreensão da unicidade do ser humano.

No dia a dia com os alunos fui percebendo que a realidade que se apresentava diante de mim era outra, que existia algo se apresentando que ainda não havia conseguido enxergar. Emergia dali um conceito de sujeito dinâmico, cheio de significados e que me despertou para questões relativas a como essa representação de velhice vinculada a um corpo estabelece atitudes e comportamentos, e interferiu diretamente em minha atuação profissional.

Assim, acreditando que essa é uma discussão relevante para avançarmos nas questões relacionadas à velhice e como a Educação Física lida com essa população, será feita uma discussão a seguir para melhor compreensão do que é corpo, corporeidade e como esses conceitos se relacionam com a velhice sem procurar esgotar o tema, apenas para ilustrar como foi construída essa visão pessoal de corporeidade como educadora no processo de convívio junto aos idosos.

2.2. O “corpo” que envelhece

O dualismo como forma de pensamento influencia nossa cultura e é a base para a própria concepção de mundo, referenciando um sistema de valores na qual se sustenta uma sociedade. Pensamos o corpo em oposição à mente, o velho em oposição ao novo, o idoso em relação ao jovem, o gordo ao magro, a cultura se opondo à natureza, e o corpo conhecido em relação ao corpo vivido (BLESSMAN, 2004).

Segundo Medeiros (1998) já podia ser notado em Homero, na Filosofia Antiga, a dualidade corpo e alma, constantemente atribuída a Platão (‘dualidade platônica’) por estudiosos do assunto. Na Antiguidade, tudo era considerado natureza e esta era vista como única, os seres vivos eram tidos como unidos através de uma rede que ligava todos os objetos e fenômenos do mundo, sendo que os objetos eram vistos e controlados através de seu exterior, a partir da sua relação com os outros elementos naturais. Assim, o corpo era considerado um microcosmo que ao fazer parte do todo se encontrava no seio desse universo e, mesmo que identificado por residir em um grau acima ao de outros seres vivos por ser dotado da faculdade do intelecto, era diminuído em relação à mente, responsável por formular ideias, à alma que é imortal ou ao espírito que o habitava (JOÃO e BRITO 2004).

Medeiros (1998) afirma que o período medieval caracterizou-se pelo dilema fé e razão, ocultando o corpo e priorizando a razão e a alma, constituindo o que se chamou de negação do corpo. No Ocidente Medieval o importante era a salvação da alma que transcendia a cidade terrena. Com o triunfo do Cristianismo, foram eliminados da vida cotidiana dos homens espaços de sociabilidade que de algum modo utilizavam o corpo, como teatro, circo, estádio, bem como esferas culturais, como até mesmo os gestos, sendo forma de expressão corporal. A forte influência da Igreja levou o corpo a ser visto como profana habitação do pecado. Nesse período, o corpo também era utilizado como máquina para produzir trabalho afim de sustentar toda hierarquia da nobreza e do clero que mantinham o poder.

É no Renascimento que o corpo humano começa a se deslocar da carne ao

corpo dissecado, descrito de forma anatômica interna e externamente, comparado a um mecanismo. Por meio dos estudos de René Descartes, o homem desenvolveu a aplicação das leis da mecânica e da causalidade como concepção e fundamento da ciência, e os sentimentos religiosos passaram a ser ocultados por um pensamento lógico.

Assim, o corpo concebido pela lógica cartesiana, pertencente à natureza, é puramente material, enquanto a mente é puramente racional, o que autoriza a razão e a ciência a conhecerem e se apropriarem do corpo como objeto (BLESSMANN, 2004). Para Descartes, o corpo estava unido à alma, mas mesmo nessa união existia separação, na dualidade, onde o corpo enfrentava a alma e se colocava como uma máquina da qual o intelecto se utilizava para a apreensão do mundo (SOUZA PINTO e JESUS, 2000).

A teoria cartesiana teve influência na Revolução Industrial, pois serviu como justificativa para o desenvolvimento de um corpo utilitário, corpo esse que seria manipulado, modelado, treinado e que poderia se tornar produtivo. Na sociedade pós-industrial, caracterizada pela difusão do saber e da informação por uma tecnologia que ultrapassa a ciência e a máquina para tornar-se algo social e organizacional, aparece uma nova forma de controle segundo a qual o corpo dominado não é apenas o do trabalhador, senão que o de todos aqueles que consomem bens, produtos e valores.

A partir desse contexto histórico-cultural se desenvolveu um corpo fragmentado sob redutoras perspectivas teóricas que fizeram aparecer diferentes ordens de realidade: biológica, psíquica e social. Definiu-se o corpo biológico por uma concepção mecanicista que o apreendeu desconectado das suas outras dimensões.

Essa concepção vem sofrendo vários questionamentos aliados a uma mudança de paradigma para o resgate da totalidade do corpo. Um dos nomes associados a esse movimento é do filósofo Merleau-Ponty que, desenvolveu um conceito não mais pautado no dualismo corpo-mente, mas em um certo modo de ser e de se manifestar no mundo, reconhecendo que a presença do ser humano se dá de maneira corporal,

sendo essa a sua forma de “ser-no-mundo”. De acordo com o filósofo, o corpo é a expressão de uma conduta e, ao mesmo tempo, o criador de seu sentido a partir de uma intenção que surge e pede sua complementação.

Para Merleau-Ponty (1999), o corpo é a origem da nossa forma de nos relacionarmos com o mundo, é o próprio veículo do ser no mundo. Ter um corpo é juntar-se a um meio definido, mover-se em direção a objetos e continuamente empenhar-se neles, descobrindo-os e transformando-os de forma a permitir a busca da auto-superação do sujeito. Essa percepção pode ser tida como a experiência primeira, fundamental do corpo com o mundo ao seu redor. Ao entrar em contato com esse mundo, com os objetos e as coisas, entra-se em contato consigo mesmo.

Desse modo, o corpo passa a tomar o sentido de corporeidade, pois é a fonte de sentidos e a rede de significados existenciais. Assim, a corporeidade começa ao se reconhecer a existência de um corpo sujeito existencial, indivisível e complexo, que vive sempre no sentido de auto-superação e que se movimenta para garantir sua vida, individualmente e socialmente (MOREIRA, 2003).

Essa reciprocidade muitas vezes acaba “encoberta” por um cotidiano no qual, muitas vezes, a realidade apresentada não se mostra por completo. Assim como eu notava a incoerência entre o que eu imaginava sobre idosos e o que estava em minha frente no trabalho junto ao Grupo do SESC Itaquera, porém não conseguia enxergar o que realmente estava acontecendo, como no mito da caverna¹ explicado por Chauí (2003), não raramente somos levados (ou nos deixamos levar?) por uma situação em que nos sentimos confortáveis sem termos uma atitude questionadora ou crítica frente ao que se nos apresenta.

Vivemos em uma sociedade em que a supervalorização do corpo, através da sua exposição quase excessiva em jornais, revistas, *outdoors* e outras formas de comunicação visual, em grande parte busca um modelo forte e jovem, associado a

¹ Passagem encontrada na obra intitulada “A República” escrita por Platão, que narra a passagem de um mundo de aparências para a realidade.

uma procura por saúde e sobrevivência que traz, de alguma forma, mesmo que velada, a relação dualista corpo-mente – todavia, de modo oposto ao que existia em outros momentos históricos. Ou seja, embora haja uma alteração hierárquica de visões de mundo, a referida separação persiste orientando nossos valores e atitudes na sociedade em que vivemos e interferindo nas concepções de corpo que possuímos; o que, ao seu turno, interfere na maneira com que realizamos nossas intervenções junto aos idosos.

O sujeito idoso, assim como todos os sujeitos constituintes de uma sociedade, recebem todas essas informações e se apropriam desses conceitos de maneira única, de acordo com seu contexto social e cultural. Porém, como afirma Rodrigues (2006), o ser humano só se desenvolve em “pares”, reconhece-se sujeito a partir de sua interação com o outro. Ou seja, a forma como nos apropriamos do conceito de corpo e como isso é representado e apresentado pela sociedade reflete uma maneira “comum” a uma determinada parcela social que funciona como “rede”, de cuja ausência se ressentem o idoso, que se vê como excluído desse todo por não corresponder a determinados padrões esperados para ele.

Ilustrativamente, se o idoso tem uma aparência “saudável” é classificado como “jovem” e é associado a uma vida social intensa e independente, mas se, ao contrário, possui uma aparência tida como “frágil” carrega a imagem de que é fisicamente dependente, com limitações inclusive emocionais e sociais.

Carvalho (1995), afirma que para conhecermos o modo que o corpo é concebido na sociedade, sua análise comumente parte do enfoque da atividade física e da saúde, sendo que, nesses campos, o corpo também é uma forma de representação. Considerando que as diferentes formas de representação são instrumentos ideológicos em potencial, qualquer noção crítica sobre o corpo deveria pressupor que ele, por ser socialmente concebido, retrata elementos simbólicos sobre os quais se estabelece a estrutura social sob valores vigentes.

Nas intervenções destinadas aos idosos, no que se refere às questões de saúde e atividades físicas, essa compreensão crítica costumeiramente fica distante, pois pelo

que notamos em nossa vida profissional, no olhar sobre eles ainda prevalece estabelecida uma visão dualista que, fundamentada em valores sociais, desconsidera questões que não as físicas do sujeito. Isso implica em práticas baseadas na visão mecanicista de homem, conforme a qual a atividade física desempenha o papel de efetuar um “reparo” sobre uma determinada peça do corpo que sofreria um determinado “problema”. Divide-se o corpo em partes, atua-se sobre essas partes com exercícios específicos para cada uma, que somados tenham como resultado uma vida ativa e saudável.

Como já percebemos com isso se cria uma relação em que o sujeito não é considerado de uma forma integral, em todas as suas dimensões que atuam conjuntamente de maneira dinâmica. Daí que esse modelo corporal frequentemente não obtenha esses “resultados” esperados. Assim, desenvolvem-se mais técnicas, remédios e roupas cada vez mais direcionados a “problemas” específicos, na tentativa de minimizar esses “pontos-cegos” que o conjunto de hábitos saudáveis não dão conta de solucionar.

Para Carvalho (2001), é comum que em programas de atividade física sistematizados o “lugar” destinado ao sujeito, ou ao entendimento que prevalece a seu respeito, esteja caracterizado por uma “figura” que muitas vezes não pensa, não sente, não experimenta emoções e não traz consigo sua própria história de vida, mas sim sob categorização: sedentários ou ativos, idosos ou adultos, e assim por diante.

Pensar sobre essas questões torna-se relevante para a Educação Física, sob uma perspectiva mais humanista, pois sabemos que não somente através de pesquisas realizadas, mas também sob os interesses de um sistema ideológico que reduz o conceito de corpo a um objeto que pode ser manipulado, os benefícios da prática de atividade física são amplamente divulgados, o que gera consequências que carecem de reflexões críticas.

Por evidente, não se está negando a relevância dos estudos que divulgam os benefícios da prática sistematizada de atividades físicas, já que, bem pelo contrário, como profissional da área, acredito neles. Questiono a respeito da intencionalidade

dessa visão, que contribui para a permanência do já reconhecido paradigma dualista.

2.3. Educação Física para idosos e a perspectiva da Promoção da Saúde

Os benefícios da prática da atividade física regular são amplamente difundidos há tempos para a população. Porém, mesmo que esses efeitos positivos sejam reconhecidos pelo meio acadêmico, a baixa adesão de idosos a programas de atividade física ainda ocorre no mundo inteiro, sendo que o nível de participação pode variar de país para país, mas em todos eles a inatividade física é considerada um problema de saúde pública significativa (OKUMA e FERRAZ, 1999; ANDREOTTI e OKUMA, 2003).

No Brasil, uma pesquisa publicada em 2007 revelou que pouco mais da metade dos idosos entrevistados (51%) praticam alguma atividade física e apontam como a mais praticada tanto por homens quanto por mulheres a caminhada. Ainda que isso indique uma preocupação em ser ativo, cumpre notar que essa atividade não está vinculada a um programa regular de atividade física com acompanhamento de um professor ou como parte de um programa com uma proposta educacional ou multidisciplinar (DOLL, 2007).

De acordo com Gerez *et al.*(2007), as atuais discussões em saúde pública apontam que é fundamental a implantação de programas educacionais que possam trazer à população idosa conhecimentos a respeito dos possíveis benefícios sobre sua saúde advindos da prática regular de atividade física.

Porém, segundo os autores, a questão educacional queda constantemente esquecida quando em ambientes de educação não-formal destinados ao público adulto e idoso. Em geral, o objetivo da prática profissional em programas de educação física para essa população se volta à obtenção de resultados mensuráveis (antropométricos, fisiológicos, biológicos) e de uma condição de “saúde” associada a padrões estéticos, um corpo belo e jovem, e à manutenção de níveis de aptidão física que, em geral, são determinados por pesquisas de cunho quantitativo que investigam, em sua maioria, os aspectos fisiológicos (BAGRICHEVSKY e PALMA, 2005). Esse quadro parece se

vincular grandemente ao desenvolvimento histórico e cultural dessa área de conhecimento.

Ao analisar as publicações da área até meados da década de 80, Mendes (2006) concluiu que elas contribuíram para a associação entre juventude e saúde, pois imperava a preocupação com os atletas submetidos a grandes esforços físicos e com o aumento do seu desempenho, devendo-se frisar que esses resultados serviram como guias para não-atletas, assim como para a justificação dos benefícios decorrentes dos exercícios físicos. De acordo com a autora, nota-se que embora não houvesse uma explícita preocupação em definir o conceito de saúde, implicitamente ele se moldava-se à noção de estar adaptado fisiológica e psicologicamente a esforços prolongados. A atividade física era vista como forma de promover saúde com ênfase na sua capacidade de possibilitar adaptações positivas nos sistemas orgânicos e de provocar bem-estar reconhecido pelo aumento na produção de hormônios.

Aliás, não por acaso, é nessa época que surgiu o termo “sedentarismo” na produção de conhecimento sobre educação física – termo que traz consigo a ideia de que a vida está em risco, sujeita a todo tipo de doenças. Além disso, naquele dado momento passou a existir também um raciocínio que interligava a saúde com o nível de gordura corporal considerado ideal, o que por sua vez fez emergir um conceito de beleza único e perfeito. Era preciso ter um corpo forte, magro e saudável.

A partir daí, alguns críticos e pesquisadores levantaram uma série de críticas a esse modelo de legitimação da área e começaram a problematizar esse ideal de cientificidade que sustentava os conceitos de saúde, educação e corpo pautados na perspectiva biológica (DAÓLIO, 1995). Podemos considerar que o desenvolvimento da Ginástica Voluntária do SESC São Paulo, no início da década de 90, foi influenciado por esse movimento crítico que problematizava não apenas a produção de conhecimentos na área, como também seus reflexos nas intervenções pedagógicas, inclusive em ambientes de educação não-formal².

² Em entrevista com um dos organizadores da publicação esse fato foi mencionado.

Embora essa corrente ainda reflita sobre a área e a produção acadêmica, ainda hoje percebemos, principalmente através dos meios de comunicação, os reflexos daquele modelo contestado, que busca a saúde na ausência de doenças e nos índices considerados satisfatórios de aptidão física. Refletindo sobre minha atuação profissional, confesso que muitas vezes me limitei a reproduzir esses valores que interferiram diretamente em minha prática pedagógica, pois de certa forma sentia que os alunos esperavam atingir esses índices de aptidão física, alcançar um peso “ideal”, ou ainda, evitar doenças em decorrência do sedentarismo.

Notamos assim que, esse quadro reflete um problema da Educação Física que, historicamente, possui uma estreita ligação com as instituições militares e com a classe médica, no interior das quais foram criados vínculos determinantes para a concepção da disciplina e de suas finalidades, direcionando o seu campo de atuação e forma no sentido em que deveria ser ensinada. Portanto, ora estava pautada nos ideais de um corpo atlético, outrora na procura de um ideal de saúde e de corpo baseados em uma estética que atendia a determinados interesses de ordem social e política, que exigia transformações com o fim de só permitir a inclusão em um sistema de normas e regras sob determinadas condições. (GUIMARÃES *et al* 2001; GONÇALVES, 1994).

No caso dos idosos, o interesse da área em pesquisar questões direcionadas a essa população vem se tornando cada vez maior, porém ainda se nota a ênfase em pesquisas que afirmam o caráter preventivo que a atividade física pode ter ou na relação causa-efeito de possíveis benefícios que a prática regular pode proporcionar. Em uma breve consulta a periódicos da área (EF)³, notou-se que dos 27 artigos publicados com temáticas referentes aos idosos no período que encerra 2002 a março de 2009, 18 deles, isto é, a maioria, tratava de avaliar características físicas e efeitos da prática da atividade física sistematizada sobre essa população. Ademais, mesmo os trabalhos nos quais surgiu a preocupação com outras dimensões que não somente a biológica tiveram conclusões muito concentradas nos possíveis benefícios das práticas.

³ Foram consultados três periódicos da área: Revista Movimento, RBCE e Revista Motriz. Palavras-

Esse fato influencia diretamente a construção de conhecimento da área e também a formação acadêmica dos profissionais que atuam com esse grupo de pessoas, haja vista que, consoante apontado, vislumbra-se a restrição e o reforço de um modelo fragmentado de compreensão do sujeito. Segundo Carvalho (2001) a produção do conhecimento na área específica tem privilegiado esse modelo, uma vez que a base da formação do profissional de Educação Física compreende essencialmente a dimensão biológica e orgânica de compreensão do Homem e do seu corpo no estudo, na reflexão e na intervenção.

Para Matsuo (2007) e Gerez (2006), nesse modelo são desconsideradas outros planos da existência humanas como o social e psicológico, tornando a prática de atividade física uma mera reprodução de movimentos sem significado, sem consideração das necessidades, expectativas e crenças dos idosos, sem uma discussão mais aprofundada de todos os aspectos envolvidos nessa prática. Além disso, é reforçada a crença de que reside na prática de atividade física a garantia da saúde, ou seja, de que somente é “dotado” de saúde o indivíduo idoso fisicamente ativo, visão que desconsidera várias outros aspectos presentes na adesão ou não dessa população à prática de atividade física regular. Essa perspectiva pode ocasionar a falsa crença de que a participação em um programa de atividade física sistematizado é de total responsabilidade do sujeito e de que qualquer pessoa pode fazê-lo.

De acordo com Farinatti e Ferreira (2006), na tentativa de “conscientizar” as pessoas das vantagens de uma vida ativa, cria-se uma condição de promessa de uma vida “perfeita” cujo acesso é, obviamente, restrito. Essa visão deixa de lado pontos importantes que precisam ser apontados. Todo indivíduo em qualquer faixa etária possui uma vida social, vive em determinada comunidade, tem seus valores e costumes que não podem ser desconsiderados. Se o idoso não possui uma situação favorável de moradia, locomoção e segurança não há condições de garantir sua adesão e permanência em um programa de atividade física regular. Assim, essa questão vai muito além da escolha e decisão individual, estando ligada a fatores

externos aos indivíduos. Nessa diretriz, Valla (1992, p.31) aponta que:

“Tradicionalmente, no Brasil, vem se desenvolvendo uma abordagem de educação e saúde que privilegia conselhos e normas para o indivíduo, fazendo com que o acesso à saúde seja um esforço individual e, conseqüentemente, uma responsabilidade individual. Em contraposição a esse processo de “culpabilizar” a vítima por sua doença”, é desenvolvida uma proposta de relacionar o processo saúde-doença da população com as suas condições de vida e trabalho”.

Não podemos deixar de considerar que o profissional que atua junto a essa população também está inserido em uma sociedade de consumo e valorização da estética e do culto ao corpo jovem e que valoriza a busca de uma saúde perfeita através de hábitos tidos como saudáveis reproduzíveis, a princípio, com a iniciativa e esforço de cada sujeito. Além disso, esse profissional muitas vezes reproduz o modelo educacional vigente, no qual teve sua formação acadêmica, em que as práticas educativas são centradas no discurso, no repasse e acúmulo de informações, uma concepção que Paulo Freire intitulou, conforme antes mencionado, de “bancária”.

Sob esse panorama, a educação pode desempenhar um papel importante nas mudanças de atitudes e crenças negativas associadas ao envelhecimento e à saúde (NERI *et al*, 2004). Para Cachioni e Neri (2004), as iniciativas para a educação de idosos mostram que o potencial de desenvolvimento humano não é encerrado com a velhice e que essas ações devem pretender, no mínimo, o incremento de saberes e conhecimentos teóricos, o saber-fazer e o crescimento contínuo das possibilidades de participação social.

De acordo com GEREZ *et al* (2007), no caso da Educação Física, as práticas educacionais da área poderiam colaborar com importante papel para a construção de ações que levassem ao desenvolvimento e aquisição de hábitos saudáveis para a população idosa, o que contribuiria para um envelhecimento bem-sucedido. Ter-se-ia a Educação Física como uma estratégia de educação em saúde.

Tomada dessa maneira, podemos considerá-la uma área que tem o papel de

contribuir para a saúde da população, mas sob uma perspectiva que vá além das questões de aptidão física e de redução do conceito de saúde e prática profissional. Assim, sob uma perspectiva mais atual, as discussões que tentam orientar novas práticas em saúde pública giram em torno do Ideário da Promoção da Saúde⁴.

A Promoção da Saúde propõe uma concepção positiva de saúde como um recurso para viver e não como um fim ou um objetivo de vida. As direções sugeridas pela OMS para a ‘nova’ saúde pública e para a promoção da saúde apontam para a necessidade de redução das desigualdades sociais e da construção de uma comunidade ativa capacitada para lidar com esses temas, que entrelaçam não só os sujeitos de forma individual, senão que também as comunidades. Nessa concepção, a saúde é vista como um fenômeno influenciado por fatores físicos, socioeconômicos, culturais e ambientais.

Para Buss (2000), esse projeto, tal como vem sendo entendido nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam todas as sociedades. A partir de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, bem como a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução.

De acordo com Oliveira (2005), a essência desse ideário reside no conceito de “escolha”, o que implica em uma atuação dos promotores da saúde (em diversas áreas) pautada no desenvolvimento de espaços que possibilitem aos sujeitos tomar decisões quanto a tudo o que concerne à sua saúde, de forma que esses saibam das várias opções disponíveis e dos recursos necessários para realizarem o que entenderem melhor para si próprios.

Diante da ótica da Educação em Saúde (como no caso do presente estudo),

⁴ A Promoção da Saúde teve como marco a promulgação da *Carta de Ottawa* no ano de 1986 (BECKER, *et al*, 2004). Nesse documento, foram estabelecidas estratégias e objetivos da Promoção da Saúde: 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.

isso significa que cumpre superar a conceituação biomédica de saúde, em que suas práticas permanecem centradas no “repasso” de informações técnicas sobre hábitos saudáveis, ou no enfoque de mudanças de comportamentos e de estilo de vida. Com efeito, de acordo com Oliveira (2005), ao instruir os indivíduos sobre o que sejam ‘comportamento incorreto’ e doenças, os educadores em saúde esperam persuadi-los a assumirem diferentes condutas. Essa abordagem, chamada de *top-down*, em que o conhecimento científico (corporificado na pessoa do educador) é portador da verdade há muito é criticada por teóricos do campo da educação.

Se considerarmos as escolhas como a ‘essência’ da promoção da saúde, de fato, fica difícil pensar numa forma de educação que imponha aos indivíduos o que devam fazer. Esse percurso que visa ao desenvolvimento de capacidades e habilidades para resolução de questões que beneficiem sua saúde passa por temas como autonomia e liberdade, sem escapar à reflexão acerca de como esses objetivos podem ser desenvolvidos.

Em seu documento fundador, *A Carta de Ottawa*, o *empowerment* consta como principal meio para o desenvolvimento da Promoção da Saúde, o qual, segundo Carvalho (2004), há de ser definido como um processo que ajuda as pessoas a firmarem controle sobre os fatores que afetam sua saúde, desenvolvendo capacidades e habilidades individuais e coletivas hábeis para provocarem mudanças através da mobilização da comunidade em torno de uma noção de autonomia.

O *empowerment* pode ser associado diretamente a um processo educacional que, já o aludimos, parece ser ignorado na prática docente junto aos idosos. Assim, diante da crescente população de velhos e da necessidade de oferecer programas de educação física que sejam coerentes com o modelo de saúde mais atual, compromissados com a autonomia dos sujeitos, discutiremos nos itens a seguir os conceito de autonomia e *empowerment*, bem como suas implicações para a educação em saúde.

2. 4. Autonomia

A *Carta de Ottawa* define a promoção da saúde como o processo através do qual os sujeitos são capacitados para lidarem com as questões relacionadas à sua saúde em sentido ampliado a fatores sociais, econômicos e ambientais, o que significa reconhecer a importância do poder e do controle. No limite, isso aponta para a necessidade de redução das desigualdades sociais e de construção de uma comunidade ativa e *empowered* (OLIVEIRA, 2005).

A essência desse ideário está em os indivíduos saberem fazer escolhas, o que significa que agentes de promoção de saúde, incluindo educadores, precisam desenvolver trabalhos que incrementem as informações sobre as várias opções e recursos disponíveis ao público, voltados ao atendimento dos anseios populacionais.

Esse processo depende de inúmeras variáveis permeadas pela importância de desenvolvimento da autonomia de indivíduos e comunidades para assumirem suas escolhas de forma consciente. A autonomia está no centro da Promoção da Saúde e, especificamente quando referente à Educação Física, acaba comumente associada à independência física que os sujeitos possam vir a desenvolver. Em outras palavras, quando direcionado aos idosos, o termo é relacionado com a capacidade de realizar atividades da vida diária (AVD) de forma independente, sem o auxílio de outros (DERNTL, 1998).

Isso, sem dúvida, gera consequências em nossas intervenções, pois, como afirmam Silva Jr. *et al* (2006), ao tomarmos autonomia e independência física como sinônimos acabamos restringindo aquele conceito à execução de ações motoras ou cognitivas que um indivíduo consegue realizar de forma independente e, assim, nossas práticas podem ser direcionadas apenas ao desenvolvimento “físico”, sem qualquer preocupação com outros fatores que estejam envolvidos no trabalho que visa ao desenvolvimento da autonomia.

Semanticamente, “autonomia” vem do grego, formada pelo adjetivo pronominal *autos*, que significa ao mesmo tempo “o mesmo”, “ele mesmo” e “por si

mesmo”, e por *nomos*, isto é, compartilhamento, “lei de compartilhar”, “instituição”, “uso”, “lei”. Nesse sentido, autonomia significa a competência humana em se dar as próprias leis. Autonomia pode indicar a condição de uma pessoa ou de uma coletividade capaz de determinar por ela mesma a lei à qual se submeter (SEGRE *et al*, 1998).

Segundo Preti (2000), o termo autonomia se origina historicamente no seio da democracia grega, onde significava, no plano de cada cidade, a capacidade de se autogovernar e elaborar suas leis, e no dos cidadãos, a de decidirem o que fazer, referindo-se ao pleno direito à liberdade, a de recusarem se subjugarem a um rei, a um tirano e a grupos oligárquicos, e a de afirmarem o ser-cidadão e negarem o ser-escravo.

Para Segre *et al* (1998), a discussão sobre autonomia deve ser inscrita a partir da cultura moderna, vinculada à importância que o sujeito assumiu junto com a reivindicação da liberdade de pensamento, da hegemonia da razão frente aos dogmas religiosos. O significado da autonomia passou a ser então compreendido não apenas como tentativa de apreender racionalmente o mundo, mas também de dominá-lo e submetê-lo às vontades humanas, por meio do desempenho de uma razão subjetiva e independente.

Ao falarmos sobre o princípio de autonomia obrigatoriamente nos referimos ao filósofo alemão Kant⁵, para quem ela não deve ser mais entendida como sendo uma capacidade individual, à medida que se considere o sujeito muito mais como um “molde” estruturante das percepções e dos conhecimentos que como um conteúdo dotado de realidade própria.

Kant procurou os fundamentos da nossa razão prática, isto é, os fundamentos do nosso raciocínio moral. Defendeu que agir racionalmente é agir moralmente, é agir de acordo com o nosso *dever*, de acordo com o *imperativo categórico*, com a lei

⁵ Immanuel Kant, filósofo alemão do século XVIII nascido em Königsberg, na Prússia oriental, onde estudou, trabalhou e viveu toda a sua vida, tornando-se um dos mais influentes filósofos. (AIRES, 2003).

moral, sendo que esta exige que ao cumprir o dever apenas sejamos influenciados pela intenção de cumpri-lo e este cumprir não esteja relacionado a nenhum interesse, desejo ou medo. A vontade autônoma "dá a lei a si mesma". Dá a si mesma a forma como cumpre o dever e encontra no cumprimento da lei moral a razão suficiente das suas decisões. Autodetermina-se. A vontade autônoma é a vontade de um sujeito que toma decisões enquanto ser racional e se submete unicamente à lei da sua razão. Deus, os interesses, a sociedade podem ser fonte de normas morais concretas, mas não da lei moral, lei puramente formal que não nos diz o que devemos fazer, mas de que forma devemos cumprir o dever. É a autonomia da vontade que a torna "boa" (SILVA JR. et al, (2006); AIRES (2003).

Para esse filósofo, ainda que a autonomia se mostre a partir de uma ação individual e pessoal, ela não está isolada no próprio indivíduo, limitada a ele, pois implica em uma moralidade, em uma escolha racional que tem a preocupação com o bem e se contrapõe à heteronomia. A autonomia kantiana assume uma condição intersubjetiva ao considerar a dimensão do outro. Na medida em que é impossível circular fora da dimensão legal, somente somos livres quando morais. Liberdade e autonomia são inseparáveis da moralidade que fundamenta as ações dos seres racionais. Mesmo nesse conceito individualizado de autonomia se pode ver a possibilidade de uma construção a partir da moralidade que não é ato isolado, mas coletivo (CASSOL, 2005).

Kamii (1985), também coloca a autonomia sob a perspectiva de vida em grupo. A autonomia significa levar em consideração os fatores relevantes para decidir agir da melhor forma para todos. Para a autora não há moralidade quando se considera apenas o próprio ponto de vista. Ou seja, a autonomia é individual, mas também é coletiva.

O conceito de autonomia adquire especificidade no contexto de cada teoria e em cada época, sendo apropriada por cada área de conhecimento sob determinada ótica que traz em si uma contextualização histórica e cultural, assumindo conotações conforme os interesses em disputa e os saberes que o fundamentam.

De acordo com Segre *et al* (1998), há uma concepção utilitarista⁶ na bioética que, embora ainda mantenha a identificação entre a liberdade individual e a autonomia, embasa-se no agir “útil” para a própria pessoa (por exemplo as decisões relacionadas à saúde do sujeito), e não na vontade, contrariando a visão kantiana de que existe uma lei moral que reside na vontade “boa” e que é universal. Segundo os autores, o utilitarismo abre um leque maior de possibilidades ao admitir exceções, porém gera um problema na interpretação do que seja esse agir útil.

Nas práticas em saúde, por exemplo, na maioria das vezes os profissionais são tidos como “especialistas”, detentores de conhecimentos técnicos e científicos como aqueles que sabem quais são as possíveis melhores escolhas a serem tomadas em nome da saúde das pessoas. Isso pode implicar em atitudes tidas como paternalistas. De fato, o agir paternalista se embasa nos princípios de não-maleficência e de beneficência da tradição hipocrática (SEGRE *et al*, 1998), que, embora possuam em si um princípio de respeito e direito à vida, muitas vezes impõem normas e regras sem considerar a vontade alheia.

No caso dos idosos, como já vimos, a saúde é confundida com ausência de doenças e incapacidades e, em verdade, existe uma tendência de associar autonomia às noções de dependência física e social, sendo ela compreendida como capacidade funcional ou capacidade para a vida diária. Assim, profissionais que trabalham com essa população, ao agirem imbuídos com o antigo critério da beneficência – *bonum facere* (“fazer o bem”) -, acreditam que têm o dever de fazer o bem e o idoso tem o dever de “obedecer” e aceitá-lo (DERNTL, 1998). Para Segre *et al* (1998), por razões culturais, vê-se levado a intervir em questões que, a princípio, seriam da esfera individual, assumindo assim uma postura paternalista que confronta o princípio da autonomia.

Isso contribui para instalar e/ou manter a associação entre autonomia e

⁶ Jeremy Bentham e John Stuart Mill fizeram parte do grupo chamado radicais filosóficos, de tendência utilitarista, que incluía James Mill (1773-1836) e seu filho John Stuart Mill (1806-1873), que defendiam a luta por reformas constitucionais que abrangessem questões sociais e políticas.

independência física ou funcional, como já comentamos, pois quando o profissional considera a dependência uma característica da personalidade do idoso, este acaba por “aceitar” essa dependência como algo normal de sua personalidade, não “ousando” questionar a orientação e/ou prescrição que recebe.

Assim, as práticas tidas como paternalistas, baseadas no fato de que fazer o bem é fazer algo por ele, contribuem para instalar, manter e fortalecer essa dependência física e psicológica, mesmo quando não há incapacidades (NERI, 2007). Portanto, embora se tenha esclarecido o conceito de autonomia, a sua operacionalização talvez seja o desafio maior das práticas relacionadas à saúde.

Para Farinatti e Ferreira (2006), existe um consenso de que os idosos são tidos como frágeis ou dependentes apenas porque muitos os rotulam como tal e, muitas vezes, impedem que ajam por seus próprios meios. Para os autores, a autonomia dos idosos é constantemente desafiada, às vezes por limitações corporais, desgastes nos elos familiares e limitações psicológicas ou sociais.

Como então podemos superar essa questão? Qual seria o caminho para que nós, profissionais da saúde, atuássemos de uma forma que fomentasse o desenvolvimento da autonomia dos cidadãos idosos?

Sabemos que não há uma definição única para o conceito de autonomia e seria uma tarefa sem fim e pretenciosa da nossa parte tentar fazê-lo, porém, optamos aqui, por ter a autonomia como o objetivo principal da Promoção da Saúde, no sentido de desenvolver nos sujeitos e comunidades a capacidade de fazer escolhas relacionadas a sua saúde, de forma livre e esclarecida, com consciência crítica.

Nessa direção, acreditamos que a educação pode ser o agente que possibilita essa transformação. De acordo com Silva Jr. *et al* (2006), a educação viabiliza que os sujeitos tenham a possibilidade de receber informações que podem conduzi-los ao desenvolvimento da consciência crítica, para que tomem decisões que são mais favoráveis para suas vidas.

Segundo Wallerstein (2006), o aumento do nível de consciência crítica sobre

vários aspectos que envolvam sua saúde (sociais, ambientais, por exemplo) pode levar a mudanças externas marcantes, o que, para a autora, fica explícito na obra de Paulo Freire, quem articula um processo de elevação da consciência a partir de um ciclo contínuo de diálogo de ação.

Para Paulo Freire a educação libertadora é uma possibilidade de transformação para todos os que se encontram numa situação de opressão, submetidos a condições desfavoráveis em um âmbito não restrito ao mais precisamente social, incluindo a saúde considerada sob o paradigma biomédico num sistema capitalista, pautada por modelos inatingíveis: corpos perfeitos, remédios caros, roupas, viagens etc. Cabe à educação considerar que o sujeito que atua na sociedade e o sujeito da criação cultural não são só individuais, mas também coletivos.

Nessa perspectiva educacional, ao educando é posta a possibilidade de aprender a ler a realidade a partir do que já sabe, pois ninguém é um ser vazio que tudo desconhece, descobrindo-a para, em seguida, poder reescrevê-la. Esse percurso segue o caminho da complexidade: o indivíduo atua sobre o mundo que, por sua vez, age sobre ele e assim é constituída uma relação dinâmica de interação, em que o sujeito sempre busca a auto-superação, transformando a realidade a partir de sua atuação sobre ela.

Portanto, torna-se essencial capacitar pessoas idosas para que aprendam e se preparem para as diversas experiências, dentre as quais se inclui o possível enfrentamento de enfermidades e causas externas que podem afetar sua saúde. De acordo com Wallerstein (1992), a participação em tomadas de decisões no desenvolvimento de um senso de comunidade e na obtenção de controle sobre o próprio destino acentua, por si só, a saúde. Conforme essa concepção, a educação em saúde constitui um instrumento para incrementar conhecimentos, ampliando o campo de escolhas e opções do indivíduo para decidir seu comportamento (TEIXEIRA, 2002).

Sob essa perspectiva, não se destina apenas à prevenção das doenças, mas a

preparar o sujeito para a conquista de uma vida mais saudável, em que ele demande estímulos para tomar decisões sobre sua vida e também sobre a da comunidade que integra o que nos remete a uma noção de autonomia irmanada com um ideal de autogoverno.

A Educação para a Saúde tem uma clara relação com as questões postas pelo envelhecimento, especialmente no que se refere à manutenção de modos de vida ativa. De acordo com Farinatti e Ferreira (2006), dois pontos são relevantes sobre esse assunto. Em primeiro lugar, a perda da autonomia durante essa fase da vida requer informações desde a juventude sobre seus fatores concorrentes, informações que devem considerar o indivíduo, sua família, seu meio profissional e o espaço social em que vive. Importa que esse processo de educação seja coletivo.

Em segundo lugar, a Educação em Saúde deve contribuir para que os idosos possam escolher e decidir sobre seus modos de vida, despertando para a importância ao respeito de seus desejos e valores. Assim, não se deve resumir a informar às pessoas o que fazer para serem mais saudáveis, mas criar espaços e condições favoráveis para o desenvolvimento desse processo.

Nessa concepção, o processo educativo se direciona com o ideal de uma sociedade livre e muito menos com formas de persuasão para que as pessoas adotem comportamentos que são considerados apropriados pelos profissionais da saúde (DERNTL e WATANABE, 2004). Portanto, o profissional que atua junto à população idosa precisa compreender que a escolha de comportamentos pelo indivíduo pertence, por definição, ao próprio sujeito, o que não significa colocar sobre o indivíduo toda a responsabilidade por condições de saúde, “culpabilizando a vítima”. Cabe ao profissional atuar oferecendo formas de análise de comportamentos, informações e apoios técnicos, sem imposição de condutas.

Para Barroso *et al* (2006), a Educação em Saúde deve criar circunstâncias favoráveis às reflexões sobre saúde, práticas de cuidado, mudança de comportamentos prejudiciais, aquisição de hábitos favoráveis ao bem comum e à saúde pessoal, constituindo-se um dos pilares da Promoção da Saúde. Assim, a

incorporação da Promoção da Saúde em programas direcionados à população idosa supõe uma abordagem crítica da Educação em Saúde que pode ser vista como um processo social complexo e em curso (ASSIS *et al.*, 2004).

Os métodos considerados mais adequados em Educação para a Saúde estão baseados em técnicas participativas que conduzem a tomada de consciência das pessoas sobre questões que lhes dizem respeito (WALLERSTEIN, 1992). Há a expectativa de que o ambiente de grupo facilite o aumento da consciência crítica devido ao seu potencial para promover a troca de ideias entre os sujeitos. Acredita-se que o diálogo criado em tal contexto resulte numa conscientização coletiva sobre as condições de vida e na compreensão do potencial do indivíduo e do grupo para a promoção da mudança.

Para Oliveira (2005), esse processo educacional deve contemplar uma relação igualitária entre educando e educador, um reconhecendo o valor do outro no diálogo pedagógico estabelecido, considerando o poder como condição fundamental para o êxito do empreendimento educativo. Há, portanto, a necessidade de incorporar o *empowerment* de indivíduos e comunidade para o cumprimento dos objetivos da educação em saúde, o que para autora, significa ter autonomia para fazer escolhas informadas, objetivo primordial da promoção da saúde.

Após essa contextualização sobre autonomia, surge a seguinte indagação: como atingir esse objetivo? De acordo com a *Carta de Ottawa*, a estratégia rumo está centrada na ideia de *empowerment*. Discutiremos esse conceito e suas abordagens no campo da promoção da saúde no item a seguir.

2.5. *Empowerment*

Empowerment constitui um termo de difícil tradução. Alguns o traduzem por empoderamento ou apoderamento, porém, por acreditar que o conceito tem múltiplas faces e que a tradução acabaria por excluir algumas delas, utilizarei o termo original inglês.

Para Vasconcelos (2003) e Fazenda [2003], *empowerment* tem o sentido e a

perspectiva de aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social e que, para mudarem essa situação, necessitam do aumento de suas competências e de seu poder. O caminho histórico que o conceito percorreu tem se dado por um processo de reflexão sobre a realidade da vida humana, visando à libertação dos indivíduos subjugados a estruturas, conjunturas e práticas culturais e sociais que se revelam injustas, opressivas e discriminadoras.

Embora haja muitos antecedentes nas abordagens internacionais, o que se entende hoje por *empowerment*, com suas formulações mais sistemáticas no campo da saúde, está relacionado com intervenções no âmbito da saúde mental a partir da década de 50 nos países escandinavos, de onde experimentaram uma rápida expansão para alcançarem os países de língua inglesa. De acordo com Wallerstein (1992), foi nessa década que o fenômeno do *powerlessness*⁷ foi observado e difundido como alienação, auto-culpa, depressão, opressão internalizada e lesões não diagnosticadas.

O termo *empowerment* também possui raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da ação social presentes nas sociedades dos países desenvolvidos por volta da segunda metade do século XX. Na década de 70, foi influenciado por movimentos de auto-ajuda e, na década seguinte, pela Psicologia Comunitária (CARVALHO, 2004). Assim, essa proposta se difundiu por diversos outros campos de forma mais acentuada a partir dos anos 90, quando passou a ser orientada pelos movimentos de cidadania em diferentes esferas da vida social, entre as quais a prática médica, a educação em saúde. Hoje ele representa um elemento central nas políticas sociais de serviço social na Europa e nos principais países anglo-saxônicos.

Para Wallerstein (1992), trata-se de um conceito multifacetado, que envolve a possibilidade de pessoas assumirem o controle de suas vidas no contexto social e

⁷ *Powerlessness* (“qualidade de falta de poder ou força”; fraqueza, impotência ou ineficácia). Seeman *apud* Wallerstein (1992) definiu ‘powerlessness’ como fenômeno subjetivo ou percebido: a expectativa ou crença de que um indivíduo não pode determinar o resultado dos acontecimentos, o que resulta em apatia e indisposição para uma luta por maior controle sobre sua vida, devido à experiência de vida sem liberdade ou falta de poder político e econômico em um sistema social cada vez mais complexo.

político, obtendo um senso de controle para manifestarem poder político, inclusive enquanto participam da vida democrática de sua comunidade, a favor da transformação social. É um conceito que se aplica à mudança interativa em vários níveis: o indivíduo, a organização e a comunidade.

Através do *empowerment* se busca conscientemente quebrar e eliminar as relações de dominação que sustentam a pobreza e a tirania, ambas fontes de privação das liberdades substantivas. Com o *empowerment* se procura combater a ordem naturalizada ou institucionalizada dessa dominação (seja ela pessoal, grupal, nacional, internacional; econômica, política, cultural ou social) para construir relações e ordens mais justas e equitativas (ROMANO, 2002).

Partindo do reconhecimento de que o Brasil é um dos países de maior desigualdade no mundo e que essa é a principal causa da pobreza e da exclusão social, o *empowerment* dos pobres e das comunidades viria a ocorrer pela conquista plena dos direitos de cidadania. Ou seja, da capacidade de um ator, individual ou coletivo, usar seus recursos econômicos, sociais, políticos e culturais para atuar com responsabilidade no espaço público na defesa de seus direitos, influenciando as ações do Estado na distribuição dos serviços e recursos públicos (ROMANO, 2002).

No campo da Promoção da Saúde, segundo com Restrepo (2003), o termo *empowerment* é interpretado por alguns teóricos como “transferência de poder”, o que para a autora não parece muito apropriado, porque não se trata de transferir, senão que de criar condições para o desenvolvimento desse poder, afim de que os indivíduos e grupos comunitários excluídos socialmente adquiram condições de decidir e controlar os fatores que possam afetar sua saúde.

Segundo Teixeira (2002), no ideário da Promoção da Saúde, o *empowerment* é abordado através da sua inserção no campo “Reforço da Ação Comunitária”, definido como o processo de desenvolvimento da comunidade por meio de intervenção concreta e efetiva, estabelecendo prioridades, tomando decisões e planejando estratégias que procurem atingir melhores condições de saúde e maior controle sobre esses determinantes por parte da comunidade.

Outro campo em que o *empowerment* se insere nesse ideário é o de “Desenvolvimento de Habilidades Pessoais”, o que pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, o incremento do nível de informação pela educação para saúde e pelo reforço das competências que habilitem a pessoa para uma vida saudável.

Diferentes concepções acerca do que é *empowerment* e o conflito de interesses gerados por cada uma delas vêm causando distorções na utilização deste princípio/estratégia em questões da Promoção da Saúde. Carvalho (2004) mostra a existência de duas abordagens principais do *empowerment*: o enfoque psicológico e o enfoque comunitário.

De acordo com Wallerstein (1992), na Saúde Pública o enfoque principal está apenas no nível da transformação individual, no enfoque psicológico, visto como separado do sistema social, relacionado a questões de auto-estima, competência individual ou auto-eficácia, nas quais o indivíduo experimenta maior controle sobre a própria vida sem que ocorra uma participação em ações políticas coletivas.

Sob essa concepção são aplicadas estratégias que focam o fortalecimento da auto-estima e criação de mecanismos de auto-ajuda e solidariedade através de práticas para a “formação sanitária”, envolvendo técnicas focais e de marketing social que remetem às do sanitarismo higienista do paradigma Behaviorista⁸ (CARVALHO, 2005). Muitos programas políticos se utilizam desse enfoque para dirigir a responsabilidade sobre questões de saúde para o indivíduo e não onerar o poder público, alterando as condições que criam os problemas. Afirma Carvalho (2005, p. 74):

“o *empowerment* psicológico funde-se com o conceito de auto-eficácia e de motivações para manifestar controle, com desenvolvimento real de habilidades e também comportamento participativo em ações coletivas, portanto, mesmo ocupando um nível de análise individual este conceito se integra na participação do indivíduo no contexto sócio-político”.

⁸ O *Relatório de Lalonde*, publicado no Canadá em 1974, formalizou a corrente behaviorista da Promoção da Saúde, cujo eixo estratégico é formado por um conjunto de intervenções que buscam transformar comportamentos individuais não-saudáveis (CARVALHO, 2005).

Porém, Freire (1986), em um diálogo com o educador norte-americano Ira Shor sobre o tema, afirma mesmo que embora o *empowerment* individual não seja suficiente para a transformação da sociedade de modo geral, ele é “absolutamente necessário” para a transformação social. De acordo com o educador, a percepção crítica da realidade se mostra imprescindível para a transformação social, mesmo não sendo por si só suficiente.

Já o *empowerment* comunitário refere-se ao modo como as comunidades alcançam a equidade de recursos, identificando problemas e soluções, apresentando igualdade e capacidade para resolução de problemas individuais e coletivos, além do aumento da participação em atividades que visam à melhoria das condições de saúde da comunidade. Abordam-se processos que procuram promover a participação com o intuito de aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, a eficácia política, uma maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida (WALLERSTEIN, 1992; CARVALHO, 2004).

Espera-se, como resultado desse processo, o aumento da capacidade dos indivíduos e comunidades para definirem, analisarem e atuarem sobre os próprios problemas. Assim, para Carvalho (2005), mais que a informação e a adoção de comportamentos saudáveis, o *empowerment* comunitário deve auxiliar na condução da transformação integral do sujeito social.

O poder é central para o desenvolvimento do *empowerment* comunitário sob dois aspectos importantes baseados em relacionamentos com os outros: controle sobre recursos (materiais, humanos e financeiros) e controle sobre ideologia (valores, atitudes e crenças) (Wallerstein, 2006). No caso das práticas educativas, por exemplo, quando o professor se coloca em uma posição de detentor do conhecimento e reconhece no aluno uma simples posição de expectador, estabelece uma relação de poder sobre o outro que pode resultar em falta de acesso a posições reflexivas e autônomas, por parte dos alunos, sobre suas reais condições de vida e sua história, assim como em uma visão distorcida da sua própria realidade. Resultado disso pode ser o afastamento da possibilidade de alterar um quadro desfavorável de condições de vida e de saúde.

O poder sobre os outros pode ser exercido através de controle direto ou indireto sobre as pessoas, através de oportunidade de educação, emprego, condições de vida ou estrutura político-econômica que favoreçam ou não determinados interesses ou classes de pessoas em detrimento de outras. O controle sobre a ideologia pode contribuir para excluir pessoas de processos sociais pela criação de situações em que elas limitem suas próprias possibilidades.

Um exemplo disso pode ocorrer no âmbito da saúde, quando centrada na hegemonia do modelo dito biomédico na cultura contemporânea, em que todos “devem” e “precisam” ter saúde e manter a “forma” e os indivíduos são considerados por ela totalmente responsáveis (LUZ, 2003). De acordo com a autora, nesse sentido, a saúde torna-se um “mandamento”, um paradigma universal.

No Brasil, alguns desdobramentos ou formulações do *empowerment* apresentam características próprias e, de acordo com Vasconcelos (2003), uma delas teve grande influência e repercussão nas abordagens européias e anglo-saxônicas: trata-se da obra do já citado educador brasileiro Paulo Freire, no campo da educação popular. Para Carvalho (2005), sob a influência de Paulo Freire, os teóricos do *empowerment* comunitário defenderam a efetivação de um modelo pedagógico que tivesse como objetivo e estratégia a educação como prática libertadora. O *empowerment education* busca a ruptura de modelos de educação centrados no exercício do “poder-sobre” o outro, nos quais o educador “repassa” o conhecimento e os alunos o “recebem”, a chamada educação “bancária”.

O *empowerment education* objetiva o engajamento das pessoas num processo que envolve grupos de diálogo, com a intenção de identificar seus problemas, avaliando criticamente as raízes históricas, sociais e culturais destes para, assim, desenvolver estratégias de ação para a transformação de suas vidas, através de uma abordagem de ouvir-dialogar-agir que inclui uma orientação social participativa, voltada à aprendizagem (WALLERSTEIN, 1992). Adotar uma ação sob a perspectiva do ideário da Promoção da Saúde buscando a autonomia através do *empowerment* se relaciona muito mais com a criação de condições estruturais e ambientais para que as pessoas possam desenvolver suas próprias respostas, que com o oferecimento de

soluções “prontas”.

Freire (1986) compreende o *empowerment* na matriz da questão de classe social, envolvendo a dinâmica da classe trabalhadora, a qual, em função de suas próprias experiências, constrói cultura e se empenha na obtenção de poder político. Isto faz do *empowerment* muito mais do que um invento individual ou psicológico. Indica um processo político de classes dominadas que buscam a própria emancipação da dominação, um longo processo histórico de que a educação é uma frente de luta.

Portanto, goza de um perfil diferente em comunidades diferentes, que pode ser interpretado e utilizado de forma até manipuladora por parte de uma classe dominante. Basta notar o exemplo citado pelo autor: a interpretação de *empowerment* baseada no individualismo, tal como sucedeu na sociedade norte-americana, a partir de noções individualistas de progresso.

De acordo com Romano (2002), os processos de participação possibilitam os de *empowerment* e estas metodologias favorecem o estabelecimento de políticas e práticas de desenvolvimento que contemplam as necessidades de mudança para pessoas e comunidades que se encontram em situação de exclusão.

As metodologias participativas têm em seu princípio uma questão interessante: possibilitam o deslocamento do locus do conhecimento de instituições para pessoas e organizações de base do local; encorajam o desenvolvimento das capacidades do grupo local; analisam sua situação; e identificam problemas e soluções. Assim, as metodologias participativas são desenhadas para trazer os menos privilegiados para dentro do processo de desenvolvimento.

Se as metodologias participativas não ficarem limitadas ao nível micro e forem capazes de romper o isolamento de alguns grupos sociais, poderão impulsionar processos de *empowerment* fundamentais para mudar relações sociais, políticas e econômicas e criar identidades positivas para as pessoas que vivem em situação desfavorável.

A metodologia também é uma preocupação, pois um complicador desse

processo está ligado à questão de mudança de paradigma da lógica *top-down*, do conhecimento técnico e científico sobre o saber local. Para Sen (1997), as dificuldades se apresentam em fazer tanto os técnicos quanto a comunidade local compreenderem que o que está em jogo são as aspirações e necessidades coletivas. Ou seja, que o mais lógico seria os técnicos se incorporarem à realidade da comunidade em que intervirão e, com o auxílio dos seus conhecimentos, aliados ao saber local, construíssem soluções necessárias para mudanças positivas. Segundo o autor, ao valorizarmos o conhecimento, por considerarmos a multidimensionalidade das necessidades das pessoas vivendo em situação desfavorável, assim como suas capacidades, estaremos enfrentando metodologicamente os reais problemas, os reais desafios.

Baseado nisso, considera-se importante, não só do ponto de vista teórico, mas também de uma perspectiva política e operativa, fazer um esforço para delimitar o conceito de *empowerment*. Não se trata de estabelecer uma definição que encerre, mas sim uma delimitação que aproxime e se mantenha aberta ao mesmo tempo em que permita definir um sentido e dê suporte a diversas estratégias, metodologias e instrumentos.

No presente trabalho, *empowerment* está vinculado fundamentalmente ao processo de ação social que promova a participação das pessoas envolvidas na atividade para o estímulo do desenvolvimento da autonomia desses idosos diante de suas questões de saúde relacionadas à prática de atividade física sistematizada. Esse desenvolvimento passa pelo objetivo de conseguir que os idosos não só sejam levados em conta como sujeitos que atuam diretamente no programa, senão que também como sujeitos capazes de abandonar sua condição de excluídos ou discriminados, convertendo-se em atores do próprio desenvolvimento, participando de decisões fundamentais que os impulsionam e dos benefícios gerados a tudo quanto diga respeito à prática de atividade física e à saúde.

3. Metodologia

“Conhecer é tarefa de sujeitos, não de objetos.

E é como sujeito e, somente enquanto

Sujeito, que o homem pode realmente conhecer”

Paulo Freire

3.1. A Epistemologia Qualitativa

Compreendemos que o objetivo desse estudo está no âmbito da Pesquisa Qualitativa. Para Minayo (1994), essa modalidade de pesquisa, se destina a observar e compreender a complexidade dos fenômenos específicos de grupos, fatos e processos particulares, com a preocupação em responder a questões muito particulares, num nível de realidade que não pode ser quantificado. Segundo a autora, esse tipo de pesquisa atinge o universo dos significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes.

No presente trabalho, entendemos que o grupo a ser estudado faz parte de uma comunidade com objetivos semelhantes, relacionados não só com a atividade física, mas também com outros interesses sociais e culturais, e que as intervenções junto a essas pessoas se associam a um processo de *empowerment education*, pois compreendemos que essas pessoas encontram-se numa situação de exclusão social, não só sob o ponto de vista econômico, mas também, social e cultural, à medida que não obtêm o pleno direito do exercício de sua cidadania em todas as esferas da sociedade, em especial no que tange à sua saúde.

Para alcançar tal objetivo utilizamos a Epistemologia Qualitativa, desenvolvida por González Rey (2005). Tem como base referencial uma abordagem histórico-cultural, onde a pesquisa qualitativa supera o nível apenas descritivo do que é narrado pelos sujeitos participantes, e procura compreender os sentidos subjetivos que configuram a experiência de cada pessoa frente à proposta, no caso do presente estudo, à participação no Programa Ginástica Integrativa.

Sendo o *empowerment* definido como a participação de indivíduos e comunidades no processo dinâmico de ação social que tem por objetivo mudanças individuais e comunitárias, parece-nos que sua avaliação não pode ser feita de maneira isolada, pois uma vez que esse processo é claramente uma interação entre diferentes níveis de análise, ele sempre poderá ser resultado individual ou uma variável pessoal medida isoladamente do cenário social.

Pesquisar como se revela o processo de *empowerment* implica aceitar que há um elo entre o individual e o social que não pode ser ignorado, o qual compreende uma mudança individual a partir de uma interferência social, o que por sua vez depende da iniciativa de sujeitos. Nesse sentido, a pesquisa pretendeu avaliar se as ações envolvidas no Programa Ginástica Integrativa do SESC Itaquera resultaram em incremento do *empowerment* individual e comunitário dos idosos participantes, e se há o desenvolvimento da autonomia desses sujeitos. Essa avaliação se destina ao olhar sobre as várias esferas da vida dos participantes, representadas através dos sentidos e significados que podem estar envolvidos na participação no referido projeto.

Para alcançar tal objetivo, utilizamos a Epistemologia Qualitativa, desenvolvida por González Rey (2007). Essa proposta não trata de um conjunto de técnicas e métodos de coleta de dados, mas de uma forma de construção de conhecimento que se dirige a um objeto complexo: a subjetividade. Tem como base referencial uma abordagem histórico-cultural, em que a pesquisa qualitativa supera o nível apenas descritivo daquilo que é narrado pelos sujeitos participantes, procurando compreender os sentidos subjetivos que configuram a experiência de cada pessoa frente à proposta em questão - no caso do presente estudo, ao Programa Ginástica Integrativa.

A proposta de estudo da subjetividade formulada por González Rey (2007) se origina na categoria de sentido desenvolvido nos últimos trabalhos de Vygotski, que procurou aproximar o afetivo e o cognitivo, considerando-os como uma unidade dentro de um sistema indissociável. O autor afirma que o sentido toma forma na representação social a partir de uma fala expressa, na qual ele nos apresenta como

uma verdadeira produção psicológica e não apenas como função, nem da linguagem, nem do pensamento tomadas isoladamente.

Esse esforço para apresentar a complexa articulação entre pensamento, linguagem, fala e personalidade, e consciência como sistema em movimento, representa, em si mesmo, um novo caminho para a reconstrução do mental, orientado não pela análise das partes, mas pela sua compreensão numa relação dinâmica que passa a constituir uma unidade qualitativa diferenciada que só toma significado dentro do próprio processo de construção e reconstrução do problema.

O sentido subjetivo organiza-se como um sistema em que as emoções se associam com diferentes elementos da vida psíquica, gerando novos sistemas em um processo de infinitos desdobramentos. A participação do sujeito em diferentes contextos e espaços sociais cria operações dinâmicas e únicas de resignificação das experiências vivenciadas, proporcionando mudanças de ações frente às novas circunstâncias experimentadas (CARDINALLI, 2006).

Considera-se a história do sujeito e todas as atividades de que ele participa como uma produção subjetiva complexa as quais se expressam de uma forma particular e individual igualmente expressada em uma subjetividade social. Sendo assim, o sentido subjetivo é considerado como uma produção com caráter único e constantemente associado com o âmbito da cultura, esfera de produção simbólica, vivenciada pelo sujeito nos diferentes espaços sociais em que interage e que compõem parte permanente de sua história.

Assim, para González Rey (1997) a subjetividade é um conceito que compreende os processos e os estados típicos de um sujeito individual em cada momento de sua ação social e dos espaços sociais nos quais atua. É organizada por processos e configurações que permanentemente se interpenetram e estão em constante desenvolvimento, unindo-se a outro sistema, outrossim, complexo: a sociedade. Nela o sujeito atua, modificando-a, e sendo por ela transformado. Para o autor, o indivíduo não é constituído independentemente do contexto em que está inserido, mas também não é somente um produto social.

Essa proposta defende o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento, o que sugere a sua compreensão como produção e não como apropriação linear da realidade apresentada - que não é um objeto “estático”, do qual podemos nos apropriar, mas algo que, através de nossas práticas, construímos de forma dinâmica.

Nessa abordagem, o pesquisador é reconhecido como parte do processo e como sujeito ativo na construção do conhecimento. Para González Rey (2005, p. 36) a “(...) produção teórica na pesquisa faz o pesquisador comprometer-se de forma permanente, implicando sua reflexão constante sobre as informações que aparecem nesse processo”.

Assim, o autor aponta que a Epistemologia Qualitativa está embasada em três princípios básicos:

1- O conhecimento é uma produção construtiva-interpretativa, em que a construção do conhecimento se dá pela interpretação do pesquisador, sendo, portanto, resultado de uma produção humana;

2- A legitimação do singular como instância de produção de conhecimento científico, através do reconhecimento da qualidade expressa, vinculado à produção teórica desenvolvida pelo pesquisador;

3- O caráter interativo do processo de produção do conhecimento, em que a pesquisa é compreendida como um processo dialógico, de comunicação.

De acordo com González Rey (2005), a inclusão do tema ‘subjetividade’ gera a necessidade de estudar, de modo inseparável a sociedade e os indivíduos que a compõem. Acredito que tais respostas possam sustentar a análise proposta e favorecer a elaboração de futuras intervenções junto ao grupo estudado.

3.2. A trajetória da pesquisa

3.2.1. O Cenário

Desde o início de 2007 foi encaminhada uma carta à Gerência do SESC

Itaquera com o intuito de apresentar a proposta desta pesquisa e solicitar autorização para o seu desenvolvimento, sendo que essa permissão se formalizou em novembro do mesmo ano (ANEXO 1). Os alunos foram informados do objetivo do estudo, que receberam muito bem, demonstrando interesse na participação.

O cenário de pesquisa, de acordo com González Rey (2005 p. 83), é “a fundação daquele espaço social que caracterizará o desenvolvimento da pesquisa e que está orientado a promover o envolvimento dos participantes na pesquisa”. Para o autor, a construção do cenário de pesquisa intenta apresentar aos possíveis sujeitos participantes o ambiente em que ela se processará, o *locus* onde eles poderão expor sua subjetividade e a si mesmos. Entendo aqui que “cenário” não se refere a uma situação construída e pré-determinada, mas ao ambiente em que se desenvolve a trajetória real do projeto, que não pode ser simulada ou ‘arquitetada’: ela emerge naturalmente de uma origem, um problema.

Para González Rey (2005), faz parte da composição do cenário de pesquisa a sua apresentação aos envolvidos por meio do estabelecimento de um clima aberto e transparente, que facilite o envolvimento das pessoas. Além disso, cumpre notar a importância de informar aos sujeitos, individualmente, acerca do processo que se seguirá, não olvidando de consultá-los sobre sua disponibilidade para os possíveis momentos do trabalho e instrumentos que se cogita utilizar.

Essa foi uma etapa fundamental sob a perspectiva da Epistemologia Qualitativa, na medida em que constituiu o momento em que pesquisador e participantes interagem, comunicam-se e se envolvem, facilitando o processo de pesquisa. Em seguida, houve a submissão do projeto ao COEP, que o aprovou (protocolo 061/2007), a partir do que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2) pôde ser apresentado aos alunos para leitura e posterior assinatura).

A pesquisa se realizou no SESC Itaquera, instituição inaugurada em outubro de 1992, localizada ao lado da Área de Proteção Ambiental (APA) do Carmo, o que lhe confere o caráter de unidade campestre. Tem capacidade para atender um grande número de pessoas através da oferta de atividades culturais, esportivas e de lazer

(SESC, 2003).

No decorrer do ano de 2007, já ingressante do curso de mestrado, procurei desenvolver um trabalho que fosse coerente com os pressupostos teóricos do Programa Ginástica Voluntária (GV), do Trabalho Social com Idosos (TSI) e do ideário da Promoção da Saúde, e que tivesse entre seus objetivos o compromisso pela busca da autonomia dos participantes frente à atividade física e a questões atinentes a saúde, sendo esse conceito comum a todo o referencial teórico supra-mencionado.

As aulas tiveram início no mês de março, porém duas reuniões foram realizadas ainda no mês de fevereiro para a apresentação do Programa e de seus objetivos, a elaboração das atividades e distribuição das turmas, no intuito de propor uma metodologia participativa e coerente com o ideal do programa. Nessas oportunidades se discutiram questões concernentes ao conteúdo das aulas, à divisão das turmas e às propostas de práticas corporais.

A concepção de uma metodologia participativa precisa ser uma experiência e ter funções e responsabilidades claras para todos os interessados. Como afirmam Laverack e Wallerstein (2001), a fim de identificar os problemas em comum, envolver os participantes desde o início em programa de Promoção da Saúde é fundamental para garantir o intuito pertinente para ultrapassar as divisões idade, gênero etc. e começar a criar uma identidade - o que não impede que conflitos possam surgir. Nesse caso, cumpre tentar reduzi-los e contribuir para que os sujeitos da comunidade se organizem e se mobilizem em torno dos objetivos do programa.

Chegamos ao formato de 110 participantes, sendo que 92 desses sujeitos têm idades acima de 60 anos, divididos em duas turmas, às 4^a a 6^a feiras, uma às 9h30 e a outra às 10h30. Propôs-se um trabalho multidisciplinar que envolveu outras áreas e outros profissionais dentro da instituição: Nutrição, Meio-ambiente, Turismo, Informática. De acordo com Santos e Portella (2005), um trabalho de educação junto aos idosos necessita desse tipo de abordagem, pois caso isso não ocorra, os profissionais permanecem isolados em sua área específica, limitados para a produção de novos conhecimentos e o desenvolvimento integral do sujeito idoso.

Foram estabelecidos dois grandes temas norteadores do programa, divididos em dois semestres: Saúde e Cidadania. No primeiro semestre foram desenvolvidos, durante as aulas, conhecimentos sobre os Sistemas Orgânicos e as possíveis adaptações que a prática de atividade física regular pode causar sobre eles, bem como sobre as implicações das atividades cotidianas.

As intervenções contemplaram atividades teórico-práticas que visaram ao desenvolvimento das capacidades coordenativas (ritmo, tempo de reação, equilíbrio e coordenação motora geral) e condicionantes (força, resistência, flexibilidade e capacidade aeróbia), baseadas em resolução de problemas e discussões sobre percepções acerca de determinada prática e os elos que possuíam com seu cotidiano. Por fim, produziu-se material gráfico a partir das sugestões postas em aula.

Procurou-se desenvolver junto aos idosos conhecimentos suficientes sobre a atividade física relacionada aos seus corpos, seu funcionamento e suas possibilidades, na intenção de desenvolver a autogestão para a prática. Ademais disso, pretendeu-se estimular os idosos a conseguirem provocar mudanças em outros espaços (públicos, comunitários, etc.) que trouxessem ações e reações mais favoráveis para sua saúde. Essa programação foi realizada em diversos locais do SESC Itaquera, como quadras, parques lúdicos, parque aquático, teatro e outras dependências, seguindo a orientação de desenvolver a facilitação de espaços que não fossem específicos (SESC, 1993).

Já no segundo semestre, o objetivo do projeto se concentrou em como os participantes poderiam estender esses conhecimentos a sua família, vizinhança etc. Nesse período, o curso incluiu atividades como caminhadas, esporte, ginástica geral, hidroginástica, atividades rítmicas, jogos cooperativos e atividades recreativas, além de palestras e reuniões onde foram discutidas questões sobre Direito dos Idosos, Violência, Sexualidade, Distúrbios do Sono e Nutrição, sempre os associando à prática de atividade física. Esses temas foram sugeridos pelos alunos.

Adotou-se como estratégia pedagógica os pressupostos da Pedagogia Libertadora proposta por Paulo Freire, baseada na comunicação dialógica, que de acordo com Pereira (2003) se mostra mais adequada para a prática educativa em

saúde, na medida em que possibilita a participação ativa do educando no processo de aprendizagem.

Inicialmente o curso tinha a previsão de durar um ano. Ao discutirmos esse dado com os alunos eles argumentaram que esse período seria insuficiente para a compreensão do conteúdo proposto. A instituição ouviu essa colocação e adotou a concepção de que a educação (formal ou não-formal) é um longo e contínuo processo. Assim, no ano seguinte houve a extensão do programa aos mesmos alunos⁹.

O fato deixa claro que não há um modelo estabelecido, pré-determinado, estamos até aqui na intencionalidade e em um constante processo de avaliação dessa intervenção.

3.2.2. Os Instrumentos

No enfoque da Epistemologia Qualitativa os instrumentos são definidos como situação ou recurso hábeis a permitirem que o sujeito se expresse. Em outras palavras, conformam um “meio” para estimular a produção de informações, e não de respostas pontuais (GONZÁLEZ REY, 2005). São, portanto, tidos como indutores de informação, veículos que permitem ao sujeito se expressar nas mais variadas circunstâncias.

Os instrumentos vão sendo gerados no decorrer da pesquisa, de acordo com a perspectiva do pesquisador. Importa que eles componham um sistema de questões com uma relação e lógica internas, preservando a pesquisa como fonte única e orgânica de dados.

Nessa pesquisa, valeu-se da combinação de técnicas individuais e grupais para possibilitar várias maneiras de expressão. Trata-se dos seguintes instrumentos:

⁹ No ano de 2008 o curso abriu novas turmas, porém manteve o ingresso aos alunos matriculados em 2007.

O Caderno de Campo (CC)

O Caderno de Campo foi utilizado para o registro das observações, conforme as orientações propostas por Zabalza (2004). Esse instrumento permitiu documentar minhas questões iniciais, conversas informais, observações e impressões em momento real. Ademais, possibilitou notações quando ocorriam as ações dos idosos durante as aulas, além das minhas impressões como pesquisadora e componente do cenário de pesquisa.

Sistemas Conversacionais (SC)

Para González Rey (2005), “a conversação representa uma aproximação do outro em sua condição de sujeito e persegue sua expressão livre e aberta” (p.49), de modo a configurar um instrumento que permite ao pesquisador se integrar com o entrevistado em uma dinâmica informal de conversação, disponibilizando-se para compartilhar das suas experiências, dúvidas e tensões, e buscando a produção de um tecido de informação.

Embora geralmente a pesquisa qualitativa se utilize da entrevista com o roteiro pré-determinado pelo pesquisador, no presente estudo preferiu-se optar pelo termo de conversação para enfatizar o caráter processual e aberto das relações com que se estabeleciam.

Nesse estudo foram realizadas conversas em grupo e individuais que originaram um conjunto muito rico de informações, proporcionado pelo contato praticamente diário com os participantes, as quais tiveram que ser selecionadas em função do teor que mais se adequasse aos fins da pesquisa. São descritas a seguir:

Atividade 1: Iniciou-se uma conversa com os cinco idosos a respeito da avaliação que eles faziam do Programa e da influência exercida pelas atividades em suas vidas, sob todos os aspectos que eles julgassem relevantes.

Atividade 2: Durante uma aula foi colocada a seguinte solução-problema:

Vocês foram procurados por dois vizinhos, que sabem que vocês participam de um programa de atividade física. Eles os procuraram para obter mais informações sobre essa prática, porém não querem frequentar o SESC, mas sim, utilizar a praça pública que existe no bairro. Qual seria sua resposta a essas dúvidas? Essa atividade foi realizada com todo o grupo, as respostas foram gravadas e transcritas.

Conflito de diálogos (CD)

O conflito de diálogos é um instrumento que possibilita conhecer valores e motivos do sujeito, por meio do estabelecimento hipotético de uma situação verossímil e cotidiana que possua forte impacto no imaginário do participante (GONZÁLEZ REY, 2005). Trata-se de um instrumento que procura desvelar o sentido subjetivo de uma experiência possível na esfera moral da vida do entrevistado.

Essa técnica foi utilizada tendo como ponto de partida esta história fictícia: *Por conta de uma determinação institucional, a Gerência do SESC Itaquera requereu o encerramento das atividades processuais, inclusive o fim do curso Ginástica Integrativa. Essa decisão era irrevogável.*

Interessava saber como os sujeitos se colocariam frente a essa situação inesperada e em que medida suas atitudes surgiriam escolhas conscientes, críticas e avaliáveis como possíveis manifestações de autonomia, como reflexos de um processo de *empowerment*.

3.2.3. Os Sujeitos

Para González Rey (2005), a pesquisa qualitativa é uma forma de construção de conhecimento que não utiliza o conceito de amostra tradicional, sob o paradigma positivista, mas considera que não é o tamanho do grupo que define os procedimentos, e sim as exigências de informação. Por isso, o modelo em construção não se apresenta como uma questão estatística. Assim, o pesquisador vai definindo os

grupos em função das necessidades que aparecem no decorrer da pesquisa. Os sujeitos, de outro modo, são escolhidos a partir de sua participação mais ou menos significativa referentemente aos objetivos do trabalho. De acordo com o autor (p. 111):

“Os sujeitos individuais selecionados serão uma via essencial para o aprofundamento das informações implicadas no desenvolvimento do modelo teórico em construção”.

Os sujeitos tornam-se aquilo que o autor define como informantes-chaves: aqueles que são responsáveis por apresentar informações importantes e que se apresentam de maneira singular em relação ao problema estudado.

Nesse sentido, os sujeitos foram selecionados em número reduzido de acordo com estes critérios:

* participação no Programa Ginástica Integrativa há pelo menos 1 ano (já que se trata de um processo em longo prazo).

* presença na aplicação dos instrumentos

* participação significativa em relação aos objetivos da pesquisa, sendo que esses foram eleitos ao longo da utilização dos instrumentos e também consulta ao caderno de campo.

Assim, foram escolhidos 5 idosos participantes do Programa. Vale lembrar que usamos nomes fictícios para manter a privacidade dos alunos, conforme orientações contidas no TCLE, assinado pelos participantes.

Características gerais dos participantes: um pouco do contexto histórico-cultural de cada um:

Pedro

Pedro tem 71 anos, paulistano, casado pela segunda vez, tem três filhos, é pastor de uma igreja protestante. Frequenta o SESC Itaquera

há seis anos, junto com a esposa. Começou a ir ao local para praticar caminhadas, a princípio sem orientação de um profissional, por determinação médica, após sofrer três AVCs: *“Quando parei de trabalhar e me aposentei, não agüentei...sofri muito, fiquei doente”* (CC). Participa do Programa desde o início de 2007.

Ana

Ana tem 67 anos, divorciada, costureira aposentada, tem três filhos já adultos e casados, e três netos. É natural do Estado da Bahia, veio para São Paulo há mais de 20 anos, “fugindo” de uma situação de risco em relação a seu ex-marido. Criou os filhos sozinha, segundo ela: *“Com a ajuda de Deus sempre... que colocou na minha vida pessoas que me ajudaram... me dando emprego e ajuda quando precisei...”*(CC). Frequenta o SESC Itaquera há mais de 10 anos. Está no Programa Ginástica Integrativa desde o início. Antes frequentou um Clube da Prefeitura durante 3 anos, onde praticava atividade física.

Sérgio

Sérgio tem 65 anos, comerciário aposentado, casado há mais de 25 anos, tem três filhos e duas netas, sendo que dois filhos e uma das netas moram com ele e a esposa, o que para ele representa *“Um trabalho sem fim...por isso preciso ser “forte”...não posso parar com a Ginástica de jeito nenhum!”*(CD). Começou a frequentar o SESC Itaquera no início de 2007 e o Programa foi sua primeira atividade na instituição. Tem um histórico de prática esportiva. Chegou a competir em modalidades como Futebol e Natação quando mais jovem.

Silvia

Silvia tem 72 anos, é viúva e tem dois filhos, com quem tem pouco

contato. De acordo com ela “*Depois de criados eles esquecem que tem mãe...a gente fica velho e é tratado como “nada”!*” (SC). Participa de atividades na instituição há pelo menos nove anos e faz parte da Ginástica Integrativa desde o início. Foi o local onde iniciou a participação em programa de atividade física.

João

João tem 68 anos, é ferroviário aposentado, veio para São Paulo aos 25 anos, oriundo de uma cidade do interior de São Paulo, onde a família era agricultora. É casado há 33 anos e tem uma filha que mora com o casal. Antes do SESC frequentou outra instituição particular durante dois anos, onde praticava atividade física. Para ele: “*A vida é um presente de Deus! Temos que cuidar sempre do nosso corpo... A Ginástica é uma dose diária de energia da vida!*” (SC).

4. Análise e discussão das informações

De acordo com González Rey (2005), o processo de construção da informação representa o momento mais difícil na realização da pesquisa qualitativa. Segundo o autor, ele é regido por um modelo que representa uma síntese teórica em permanente operação, a ser desenvolvida pelo pesquisador durante a trajetória do estudo.

Assim, a análise das informações ocorre ao longo da pesquisa e se configura em um processo construtivo-interpretativo no qual a teoria se constitui como a base para as reflexões do pesquisador para a produção de conhecimento.

Nesse estudo, a construção da informação foi realizada com fundamento nas observações diárias dos acontecimentos ocorridos nas intervenções e na transcrição das fitas gravadas, o que representou um grande desafio, repleto de momentos de incertezas. Mesmo que o caráter qualitativo sempre estivesse pautando o desenvolvimento da pesquisa, não foi tarefa fácil se distanciar de um olhar positivista. Esse processo permitiu, no entanto, a constante busca por novos caminhos e estratégias para o esclarecimento de questões que não haviam sido cogitadas inicialmente.

Assim, se estabelece a geração de hipóteses ao longo da pesquisa, as quais são confirmadas ou não, bem como o surgimento de novas a partir da interação com o objeto de estudo. Portanto, toda a síntese teórica se coloca envolvida com as representações teóricas, valores e intuições do pesquisador. Para González Rey (2005, p.116):

“A abertura ao momento empírico e a toda novidade por ele trazida não exclui a existência de marcos referenciais prévios do pesquisador, porém esses marcos não podem ser entidades fechadas para encaixar a informação que aparece no transcorrer da pesquisa..., a solução para esse problema não a vemos na negação de aspectos subjetivos do pesquisador- entre os quais estão suas concepções teóricas”

Sob esse enfoque, a legitimação do conhecimento é sempre associada a um modelo teórico em desenvolvimento. Ou seja, nessa perspectiva o processo de

construção da informação configurou-se numa elaboração dinâmica que integrou os diversos instrumentos utilizados durante a pesquisa para a produção de hipóteses que emergiram no decorrer dela, em meio ao esforço de compreensão dos elementos subjetivos envolvidos no *empowerment*.

Assim, as informações obtidas foram gradualmente sendo construídas e organizadas em tópicos expostos a seguir¹⁰.

4.1. A exclusão social: o sentido negativo da velhice

No decorrer da pesquisa uma das minhas percepções como educadora, que suscitou dúvidas, foi a de que “ser velho” não parecia ser um problema a ser evitado pelos alunos. O que a princípio não compreendia, pois meu olhar ainda estava pautado em uma visão dualista que acreditava que envelhecer estava associado e representado predominantemente por perdas biológicas.

De acordo com Lopes (2006), os idosos podem não se sentir velhos em todos os aspectos e, ao ignorarmos essa perspectiva, erramos ao priorizar a condição biológica como a formadora do comportamento e da saúde do indivíduo. Para a autora, cada momento sócio-histórico define certos modos predominantes de relação com o próprio corpo.

Os idosos observados não expressaram o sentido negativo de ser velho em um corpo que envelhece. Parecem compreender e aceitar as limitações que o passar do tempo traz, e que isso não representa uma fase somente de perdas, mas de ganhos em capacidades ou possibilidades que a maturidade pode trazer. Em uma das aulas (21/10/2007), em que houve uma discussão sobre as alterações que o envelhecimento poderia trazer, Ana disse:

“A gente sabe que o tempo chega pra todo mundo. Mas a gente tem que aceitar que o corpo da gente muda muito, do mesmo jeito que a nossa “cabeça” e nossas idéias. Hoje sei o que devo fazer o que é certo e o que é errado!” (CC)

¹⁰ Os trechos transcritos e estão entre aspas e exatamente como foram verbalizadas pelos sujeitos.

Na mesma atividade Silvia comentou:

“Me sinto feliz com a minha saúde. Tenho energia para fazer tudo que quero. Tem vezes que meus vizinhos dizem: “encontrar a senhora em casa é oportunidade de ouro!” Eu não paro mesmo! Não é porque a gente é velho que a gente vai ficar parado...”(SC 1).

Para João, o fato de envelhecer não representa um problema pelo menos do ponto de vista biológico, ele demonstra em sua fala um sentido de liberdade de agir, em razão de vontades próprias que os anos de trabalho e as obrigações sociais (sustento da família, por exemplo) limitavam anteriormente. Sobre isso ele diz:

“Hoje consigo fazer muito mais atividades do que antes. Tenho muito mais disposição do que quando era jovem, antes tudo era muito chato: trabalho, trabalho e trabalho... sou igual vinho: quanto mais velho melhor! Minha vida é muito melhor do que a de muita gente jovem por aí! Faço meus horários, tenho meus amigos e sei dos meus limites, não abuso!” (SC 1)

Essa concepção também surge nos comentários de Pedro:

“Percebi que ser velho é muito bom... A gente pode fazer o que quer sem dar satisfação para patrão, pra filho... É muito bom!(CC) “Sinto que posso viver mais intensamente minha vida. Posso ajudar muito mais os outros hoje do que antigamente.”(SC 1)

Para os idosos do Programa a velhice não aparece como um problema, como algo a ser evitado. Podemos apontar que, não se trata de não aceitar o passar dos anos e suas conseqüências, ou então de envelhecer somente sob determinados aspectos, mas, compreender que em determinados aspectos ser velho pode ser visto de maneira negativa.

Um fato a ser observado nos idosos participantes, se refere à não negação da velhice por assumirem que são idosos. Invariavelmente, em decorrência da imagem negativa da velhice e do que representa ser velho em nossa sociedade, os próprios

sujeitos idosos ao se expressarem de forma positiva sobre essa fase da vida, fazem associações a sentirem-se “jovens” ou ainda, se referirem ao “outro” como “velho”, nunca a si mesmo (PEIXOTO, 2000).

Esse fato nos leva a refletir sobre nossas próprias atitudes em relação aos idosos, pois, invariavelmente, fazemos essa referência aos nossos alunos, que ativos fisicamente, muitas vezes são “denominados” “jovens” ou qualquer outro adjetivo que fuja à palavra velho. Envolvidos por um processo de categorização social, como cita Debert (2003), baseados numa visão social construída a partir de “recortes” cronológicos, temos uma visão do que é ser jovem ou ser velho. Isso por sua vez implica em nossas práticas que podem não corresponder às reais necessidades e expectativas dos nossos alunos.

Mais uma vez isso nos remete à necessidade de uma compreensão do que significa ser velho, para uma visão além das questões biológicas. Como afirma Carvalho (2001), superar a visão mecanicista e reconhecer o sujeito como um ser que pensa, que sente e que possui características únicas (físicas, sociais e culturais) pode ser um caminho para uma atuação mais coerente com os princípios da Promoção da Saúde.

Essa contradição entre o que está, aparentemente, estabelecido sobre a velhice ser uma fase associada a perdas e eventos negativos e as falas dos idosos entrevistados fica aparente, por exemplo, na fala de Sérgio:

“A minha velhice está cada vez melhor e a ginástica ajuda muito nisso! Me sinto muito disposto, pronto pra o que der e vier! Ser velho não significa ficar parado, esperando a morte chegar! Não, pelo contrário! Hoje vejo como sou importante pra minha família, pros meus amigos. Sinto que ainda tenho muita coisa pra ver e viver. Quero fazer muito ainda pela minha família, por meus amigos e muito mais”. (SC 1)

No caso dos idosos observados nesse estudo, ficou claro que fisicamente sentem-se bem com suas possibilidades de atuação. Podemos observar que o sentido

negativo de envelhecer está muito mais relacionado à questão social do que às mudanças físicas; ao sentirem-se impedidos de exercerem seus direitos e suas vontades. Ou seja, para esses idosos, as limitações físicas ocasionadas pelo processo natural do envelhecimento não são os principais obstáculos para o exercício de sua cidadania, mas esse fato está muito mais ligado a questões sociais.

Mais uma vez, se tomarmos o corpo por meio do sentido de corporeidade fica claro que podemos avançar na compreensão dessas questões que envolvem a inclusão da prática de atividades físicas nas vidas desses idosos. Pudemos perceber nas conversas com os idosos que existe uma rede de significados que constitui essa participação.

Fica claro que o estímulo a uma velhice ativa fisicamente pode contribuir com uma mudança na imagem de imobilidade e inatividade que, por vezes o idoso tem dessa fase. A extensão da atuação do idoso saudável parece aumentar à medida que a auto-estima é fortalecida (LOPES, 2006). Assim, programas que valorizam a atualização e a capacidade criadora são fundamentais contribuindo para a reafirmação da auto-estima pessoal e incentivando o auto-cuidado.

O idoso socialmente ativo participa de atividades que lhe fazem sentido e de relevância social. Segundo Lopes (2006), a inserção social do idoso passa pela importante condição na crença do indivíduo em PODER fazer algo por ele mesmo e pela sociedade.

Estar fisicamente ativo aparece associado à participação social, o que ainda não podemos tomar como autonomia, mas a independência física parece contribuir para essa participação, porém, não podemos limitar e/ou justificar nossas práticas com esse único objetivo.

Sob a perspectiva da Promoção da Saúde, a saúde é ampliada para além das questões biológicas e o desenvolvimento do *empowerment* está associado diretamente à questão de conseguir fazer com que pessoas ou grupos que estão em situação de desigualdade possam exercer seus direitos e obter acesso a melhores condições de

vida. Assim, podemos apontar que no caso desses idosos há uma situação a ser alterada, pois na medida em que o sujeito não sente capaz ou não vê a possibilidade de mudanças isso pode influenciar para a continuidade do processo de exclusão.

De acordo com Demo (1998) o sentido de exclusão vai para além da carência material, refere-se à falta de cidadania que impede as pessoas de se tornarem sujeitos da própria história, gerando um sentimento de fraqueza, da noção de perda do senso de pertencimento, um sentimento de abandono por parte de todos, acompanhado da incapacidade de reagir; de ausência de reivindicações organizadas de movimentos das populações desfavorecidas. A inclusão exige a possibilidade de desenvolvimento da constituição de um sujeito social capaz e com história própria, rumo à democracia. Uma democracia pautada nos direitos humanos e na cidadania.

O sentido de inclusão passa pelo reconhecimento de fazer parte de um grupo, ou uma comunidade, de pessoas que possuem objetivos em comum; por isso a criação desses espaços é fundamental em programas de Promoção da Saúde. Espaços que possam fomentar o exercício desse poder.

Buscar meios para a alteração dessa situação é fundamental para possibilitar aos idosos um sentido de cidadania que possa desenvolver nessas pessoas uma atuação na sociedade e um senso de se perceberem como fundamentais em qualquer espaço social.

Esse sentido de saúde, para além das questões físicas, de não-doença mais uma vez confirma que não podemos limitar nossas práticas, com essa visão reducionista. Compreender a saúde abarca uma série de questões que não restritas ao âmbito biológico, podem influenciar na construção de paradigmas que reconheçam a corporeidade das pessoas e todos os aspectos que envolvem esse ser-no-mundo.

4.2. O sentido de Poder para... : a capacidade percebida para operar mudanças

Ao desenvolvermos um trabalho com objetivos de *empowerment* estamos tratando diretamente da questão do poder, como algo que pode ser desenvolvido e

não “doado”, que envolve uma luta por condições mais favoráveis de vida, pelo reconhecimento da existência de uma diferenciação na distribuição do poder capaz de excluir pessoas.

A partir das informações obtidas foi possível construir indicadores sobre como o sentido de poder se manifestou em cada idoso e como isso surge relacionado ao ambiente que estava envolvido, corroborando com a afirmação de González Rey (2005), de que a subjetividade é individual, porém, sempre é construída socialmente.

Isso fica exposto na fala de Silvia:

“Gosto de vir aqui, porque já conheço todo mundo e todo mundo me conhece: o Diretor, os Professores, o Jardineiro: todo mundo! Aqui posso fazer e acontecer! Me sinto como se fosse a dona da casa”. (SC 1)

Podemos observar que, na fala de Silvia o sentido de exclusão, por ser idosa, em relação a vários âmbitos, inclusive familiar, surge na medida em que ela reconhece as dificuldades de exercer seus direitos. Porém, também há o de inclusão, apresentando uma capacidade para lutar por mudança dessa situação. Esse sentido parece bem aparente e relacionado diretamente com a convivência com o grupo e o ambiente onde a atividade é desenvolvida.

Em outra situação ela diz:

“A gente que é idoso precisa sempre “brigar” pelos nossos direitos. Depois que a gente fica velho a família, o governo, esquece que a gente existe! É uma luta eterna! Somos gente como qualquer um! Temos o direito de ser respeitado! Por causa disso temos que lutar sempre. Não faria diferente com a Ginástica: ela é nosso direito, não podemos desistir!”(CD)

Percebe-se um sentimento de liberdade para agir, do reconhecimento de ser aceita e de que suas aspirações relacionadas à prática da atividade serão ouvidas. Ao se expressar no plural, ela deixa claro que se sente incluída e que o grupo pode realizar mudanças. Percebemos em Silvia uma grande necessidade de se sentir

incluída e o quanto o grupo representa para ela essa possibilidade. Talvez por morar sozinha e não ter o apoio da família se sinta “acolhida” pelo grupo, pela instituição e por todos que ali estão fazendo parte da configuração subjetiva e “família” para essa senhora.

Compreendemos que existem condições de algum modo proporcionadas pelo ambiente (espaço físico, atividades interdisciplinares, etc.), mas ao olharmos para esse fato, a princípio, podíamos incorrer no erro de achar que esse sentimento de poder para mudar uma situação desfavorável - no caso o término de uma atividade - se deva ao trabalho que vinha sendo desenvolvido. Sucede que, analisando o contexto histórico da participante podemos notar que sempre foi uma mulher que foi submetida a situações pelas quais teve que “dar a volta por cima”:

“Na minha vida tive que aprender a me virar sozinha [...] fui criada para ser forte e não dar o braço a torcer! Passei por momentos muito difíceis e hoje em dia falo e faço o que acho que tenho que fazer...Faria muito mais se tivesse oportunidade.”(SC 1)

Por ter durante o curso de sua vida, passado por situações adversas e, por isso, estimulada a tomar decisões, pode ter surgido como um ponto favorável para o estímulo do *empowerment* dessa idosa. Porém, saber em quais condições esse desenvolvimento se deu é fundamental pois, se por um lado esse fato surge como estímulo, por outro pode surgir como fator limitante, dependendo da forma como a questão do poder foi apresentada.

Esse sentido de poder para agir associado ao sentimento de pertencer a um grupo e se ver incluído também está presente na subjetividade de outros participantes. Na fala de Ana, por exemplo:

“Aqui nos sentimos em casa. Todo mundo ouve a gente. Somos “alguém” (CC). Somos um grupo. Não conseguiria viver sem fazer essa atividade, daria um jeito! Ia unir o grupo, fazer um abaixo-assinado, mandar carta, qualquer coisa assim [...] Tenho certeza que a gente vai dar um jeito”. (CD)

Para Ana, essa “força” que o grupo possui é subjetivada como fundamental para o acontecimento de mudanças favoráveis. Vale ressaltar que essa idosa teve uma trajetória de muito trabalho já que criou “sozinha” seus três filhos e reconhece o valor da ajuda ao próximo, pois segundo seu relato, durante sua vida, sempre obteve auxílio de outras pessoas que acolheram sua família quando esteve em situações de extrema dificuldade. Portanto, ela vê como parte dos objetivos de sua vida retribuir, de alguma forma, essa ajuda.

A subjetivação do poder para agir também se apresenta com algumas limitações em alguns participantes, por exemplo, para Sérgio, embora em sua subjetividade individual não se sinta com o poder de agir em favor de uma mudança que pareça ser favorável para sua saúde, também reconhece no grupo, a importância de sua presença no local. Segundo ele:

“Não sei o que fazer. Acho que a gente não pode aceitar isso aí... Nós frequentamos aqui todo dia, participamos de muitas atividades... Somos importantes para o SESC! Não podem fazer isso, nós vamos dar um jeito nisso.” (CD)

Já para Pedro, a subjetivação do poder para agir aparece vinculada a uma perspectiva de desenvolvimento constante e de superação de dificuldades inerentes ao ser humano. É como diz:

“Para mim seria uma perda e tanto! Sempre tive medo de parecer “ridículo”, um bobo, fazendo ginástica, dançando essas coisas. Mas hoje vejo que a gente aprende muitas coisas: como funciona nosso corpo, como podemos melhorar nossa saúde [...] Mas não somos “uns tapados”, toda vivência gera um aprendizado... Podemos levar o que aprendemos aqui para outro lugar... na minha igreja, por exemplo, posso conversar e ver se criamos um espaço...” (CD)

É possível notar que para esse idoso o sentido de poder agir se amplia para além do ambiente do grupo. Para ele, desde que passou pela experiência de estar “a beira da morte” (CC) tudo mudou. Atravessar experiências novas, de dificuldades, representa uma nova forma de superar a morte e valorizar vida.

Em outro trecho de sua fala, a subjetividade social que compõe esse sentido reforça essa configuração:

“Quando comecei a vir aqui vi pessoas em situações muito piores que a minha e senti vergonha de mim mesmo... Aquilo me motivou... Como é que pessoas em cadeiras de rodas fazem alguma atividade e eu ficava com “frescura”. (CC)

Para esse idoso, a valorização do “viver” associado à superação de problemas também possui um componente religioso, um sentido de fazer o “bem” para o outro. Isso aparece na seguinte fala:

“Me dedico a ser um bom Pastor... Um exemplo para meus “irmãos”. A verdadeira missão da gente é fazer com as pessoas encontrem seus caminhos e, estes têm estradas, por vezes, tortuosas”. (CC)

É interessante notar que, para alguns idosos o sentido de poder para agir se configura de forma semelhante, embora cada sujeito tenha tido suas próprias experiências, de maneira singular. Porém, a todos parece ser comum que esse poder é especialmente exercido em grupo, principalmente no que se refere ao sentido de se sentirem incluídos, como sujeitos atuantes capazes de transformações.

De acordo com Goldfarb (2006) não é possível pensar o indivíduo sem levar em conta a sociedade em que vive, bem como a reflexão social não prescinde da consideração sobre as atitudes e os comportamentos daqueles que a compõem. Para a autora a identidade pessoal se concretiza pelo fato de que mais frequentemente nos relacionamos com grupos próximos do nosso cotidiano e que o fazemos de modo particular, com sentimentos mais ou menos intensos de pertencimento grupal.

Essa percepção de sentir-se capaz para atuar em algum ambiente parece refletir em atitudes que são percebidas pelos idosos e por outras pessoas de seu convívio. Isso surge na fala de Ana, por exemplo, observações feitas pelos filhos configuram como fator motivador para causar mudanças em sua vida e em outros ambientes:

“Meus filhos começaram a me perguntar o que estava acontecendo... Porque comecei a sair mais e me envolver com os problemas dos vizinhos que vi que precisavam da minha ajuda... Antes eu reclamava demais dos meus problemas...”(SC 1)

Para outro idoso, João, as observações de uma pessoa da família também configuram em um reforço dessa percepção de mudança em sua vida:

“Desde que comecei a vir me sinto muito mais disposto... Minha vida deu uma “virada”, minha filha diz que esqueci que tenho 68 anos, que hoje em dia sou mais “agitado” que ela [...] Gosto muito das atividades, da área verde e das aulas: a gente aprende muito.”(SC 1)

Podemos notar que há uma associação entre sentir-se bem fisicamente e sentir-se capaz de atuar de forma mais acentuada socialmente, porém não podemos incorrer no erro de observar esse fato com um olhar positivista, como se essa participação fosse decorrente apenas da melhoria da capacidade física aumentada. Seria pretensioso de nossa parte afirmar isso, porém esse é um dos fatores a serem considerados num programa destinado a idosos.

Podemos notar que existe uma associação entre sentir-se fisicamente bem e ter “saúde” nesses idosos. Para Santos et al (2008) ao perceberem que são fisicamente capazes, os idosos podem vir a expressar um sentimento de competência que os leva a crer na própria capacidade de realizar tarefas o que, por sua vez, pode conduzir o sujeito idoso a uma maior participação social o que pode contribuir para a busca de melhores condições de saúde.

De acordo com Carvalho (2001), a saúde está diretamente ligada à possibilidade de realização não apenas profissional, mas pessoal e a condições de vida digna com base em valores que não predominam em nossa sociedade: excludente, individualista, competitiva e consumista. Assim, pensar em saúde é pensar em todos os aspectos que envolvem a vida humana em toda sua complexidade.

Essa percepção mecanicista pode implicar na condição de opressão do sujeito

idoso. Por isso programas que tenham como objetivo a promoção da saúde de pessoas que se encontram nessa situação, precisa desenvolver estratégias com objetivo de *empowerment*.

Notamos também, nesses trechos que essa percepção de mudanças através dos outros e de certa forma, as observações de pessoas próximas, nesses casos, familiares, podem contribuir para os idosos sentirem-se mais confiantes e, a partir daí, podem ser desenvolvidas novas configurações sobre a própria atuação no mundo. Percebe-se na fala de Ana, por exemplo, a preocupação em ajudar outras pessoas a resolverem seus problemas.

A saúde dos indivíduos e sua aludida promoção aparentam ter íntima relação com o exercício de poder, que implica na liberdade de escolhas pessoais com respeito às mais diferentes questões, muitas delas carregadas de dilemas éticos. O que por sua vez implica não só nas relações junto aos profissionais da saúde, mas também nas pessoas próximas aos idosos. A consciência de autonomia do idoso emerge e cresce quando este é tratado pelos que o cercam como ser autônomo. Assim, incentivar a tomada de decisões e de iniciativas pessoais torna-se fundamental nesse processo.

No caso de João, percebe-se na observação de sua filha, uma associação entre ser ativo e possuir determinada idade, ou seja, a categorização por faixa-etária, onde comportamentos e atitudes são esperados. Essa categorização pode contribuir para a exclusão dos idosos a determinados serviços ou situações que podem favorecer sua saúde. A prática de atividade física pode ser um exemplo disso; caso o idoso considere a prática de atividade física apenas com a função de “culto ao corpo” ou, destinada ao desenvolvimento de aptidões físicas e que essa participação é destinada às pessoas jovens, ele pode não ver sentido algum no ingresso ou na adesão à qualquer programa dessa natureza. Esse fato aparece na fala de Pedro:

“Hoje me sinto vivo, com saúde e mais inteligente. Antes eu achava que fazer exercício era coisa de gente boba... Que o importante era trabalhar e que ginástica era “lazer”, coisa pra quem não fazia nada” (SC 1)

Nessa fala nota-se a transição do sentido de “lazer” para um sentido de utilidade sobre a prática de atividade física, associado a um fazer que nada tem a haver com lazer, mas com um uso para a construção de algo. Sentir-se útil; com alguma função, para ele se refletiu em sentir-se incluído de novo na sociedade. Podemos aqui fazer uma observação: para esse idoso, o trabalho, durante boa parte de sua vida foi sua identificação, sua maneira de sentir-se útil, capaz, e se isso parece refletir uma perspectiva utilitarista de valores capitalistas, de valorização daqueles que “produzem”.

De acordo com Minayo (2006) para algumas pessoas quem viveram suas vidas em função do trabalho, ao se aposentarem, sentem-se sem a sua identidade que sempre confundiram com as atividades profissionais por elas exercidas e muitos não se conformam com essa “perda” de espaço de atuação. Vale lembrar que no caso de Pedro, o sentido de superação de dificuldades está vinculado a um viver melhor e, esse idoso parece sempre buscar esse sentido para tudo o que faz.

Como já vimos o *empowerment* muitas vezes é avaliado somente através de componentes individuais como auto-estima. Contudo, percebemos nesse estudo que sentir-se “ser”, incluído em um contexto onde o sujeito idoso age e consegue visualizar reflexos de suas ações, pode contribuir para melhoras de auto-estima e de auto-confiança dessas pessoas. Ora, esses componentes, por seu turno, parecem hábeis a contribuir com o processo de *empowerment* de uma comunidade, caso se pense na constituição da subjetividade social, a partir e simultaneamente à individual. Assim, pode-se presumir que as ações em nível micro se refletem em mudanças em outros níveis.

Pode-se notar que houve uma apropriação do ambiente pelos idosos, o qual eles se sentiram acolhidos e incluídos por sentirem-se tratados como “gente” (CC). Ocorre que esse sentimento não ultrapassou os limites da instituição: eles parecem ter a configuração subjetiva de não serem responsáveis pela ocupação ou gestão de espaços públicos. Isso surge nas seguintes falas:

Pedro:

“Tentaria em primeiro lugar trazer eles pra cá. Falaria sobre como aqui tem espaço verde, muitas atividades que eles podiam escolher... Porque geralmente as praças públicas não são muito boas. E aqui não, é tudo muito bem cuidado, mas se nem assim eles “topassem” ia tentar ensinar um pouco do que a gente aprende aqui: sobre equilíbrio, ritmo, saúde e tudo mais...” (SC 2)

Para Sérgio:

“Eu ia convencer eles! Daria um jeito! Lá fora não tem a estrutura, não tem professor. Já falta espaço pra gente fazer ginástica e ainda o que tem querem tirar! Não é possível! Temos que tomar alguma atitude” (SC 2)

Esses sujeitos não têm os espaços públicos como seus. Assim, essa possibilidade de atuar sobre um espaço que é público parece não ter sentido para eles. Isso nos remete ao fato de que o sentimento de poder para operar mudanças só ocorre quando as pessoas sentem-se incluídas nesse ambiente, ou seja, essa não interferência em questões relacionadas aos espaços públicos pode ser um fator de impedimento para o desenvolvimento do *empowerment* comunitário o que se constitui um fator a ser desenvolvido em programas destinados à promoção da saúde. Fomentar essa discussão pode auxiliar no processo de possibilitar a todos assumirem seus papéis como dimensões fundamentais de uma sociedade.

Entre os idosos participantes alguns apresentaram, além do sentido de valorização do espaço, outro sentido significativo: o de poder ajudar pessoas a mudarem suas vidas, a partir da escolha pela atividade física como uma decisão favorável a sua saúde. Isso se expressa na fala de João:

“Eu ia falar com eles, explicar o quanto aqui é bom...Mas se caso eles não fossem vir, não teria problema, é a vontade deles, mas tentaria de alguma maneira ajudar: mostrar uns exercícios para eles começarem...”(SC 2)

Na fala de Silvia, isso também se expressa:

“Ia tentar ajudar... Ensinar alguma coisa sobre como nosso corpo funciona e

como é importante fazer exercício, seja onde for: aqui, na praça ou em qualquer lugar!". (SC 2)

Para Ana:

"Ia convidar eles para virem aqui e ver como são as atividades... se nem assim eles viessem ia falar pra começarem a caminhar, tentar chamar mais gente pra fazer isso com eles nessa praça... Quanto mais gente fazendo, melhor!" (SC 2)

Podemos apontar que, embora, esses idosos ainda não se sintam capazes de atuar sobre uma esfera macro (espaços públicos, por exemplo), não se pode negar uma mudança numa esfera micro que, dependendo do decorrer da vida dessas pessoas, pode vir a atingir esferas maiores, ocasionando um desenvolvimento de *empowerment* comunitário.

Embora eles tenham apresentado poder para provocar mudanças que atingem a princípio uma esfera micro, não devemos limitar nossa visão acreditando que isso não seja possível, pois como já apontado por Paulo Freire, mudanças operadas em nível individual são fundamentais para atingir mudanças em um nível maior, que atinja mudanças estruturais em sistemas organizacionais, outros ambientes etc.

Já vimos que o processo de *empowerment* passa por despertar nas pessoas a capacidade de sentirem-se preparadas para promover mudanças em suas vidas e por conseqüência, na vida de outras pessoas, além de pensar criticamente sobre os problemas que afetam sua vida. Assim, temos que partir do princípio que essas ações individuais são determinadas por vários aspectos, que dependem do contexto histórico-cultural em que a pessoa viveu suas experiências, precisamos então, compreender e aceitar que não estamos em um posto de "doadores" de poder a essas pessoas.

Para Sen (1997), o *empowerment* não é algo que pode ser feito a alguém por outra pessoa. Os agentes de mudança externos podem ser necessários como catalisadores iniciais, mas o impulso do processo se explica pela extensão e a rapidez com que as pessoas e suas organizações se mudam a si mesmas. Nem o poder

público, nem qualquer outra instituição podem “empoderar” as pessoas e as organizações; as pessoas e as organizações se “empoderam” a si mesmas. O que as políticas e as ações governamentais podem fazer é criar um ambiente favorável ou, opostamente, colocar barreiras ao processo de *empowerment*.

4.3. O sentido da escolha livre: manifestações de Autonomia

No decorrer da pesquisa, com base nas observações realizadas, pude notar que os idosos reconhecem como valor fundamental a ‘liberdade’ que têm para se expressarem e reconhecem a possibilidade de desenvolvimento num ambiente de práticas educativas. Porém, ao serem colocados diante de uma situação para manifestar suas escolhas eles têm dificuldade em lidar com isso. Isso aparece nos comentários de Sérgio:

“Depois da aula¹¹ fui embora que fiquei pensando... com muita raiva de mim mesmo! Na minha vida inteira nunca me pediram a minha opinião! Quando pedem eu não consigo dar!”(CC).

*“Acho que participo bastante das atividades daqui. Não falto e dificilmente paro durante a aula. Tento fazer tudo o que tem. Na parte da “física” sou muito bom! Mas quando tenho que falar ou escolher os exercícios fico meio sem-graça.”
(SC 1)*

Nessa fala surge o sentido de “boa” participação ser um aluno que faz o maior número de atividades, que tem assiduidade, ou seja, pautado na visão do aluno que cumpre todas as orientações. Porém a questão da participação expressada em opiniões ou escolhas que interfiram em sua prática, como a escolha de exercícios, por exemplo, ainda se configura numa dificuldade a ser superada e já é sentida por eles como um elemento dessa participação.

Para Ana esse sentido também se configura em sua subjetividade e expressa

¹¹ Numa atividade proposta (16/11/2007), os alunos deveriam elaborar uma “aula” sobre uma determinada temática, e sugerir uma série de exercícios que tivessem significado para a vida deles, sendo que cada sujeito precisava colaborar com alguma sugestão de exercício.

tanto o reconhecimento da importância bem como a limitação de sua participação.

“Me sinto muito a vontade. Sei que posso melhorar muito ainda, mas acho que do jeito que está tá bom. Às vezes falto e sinto que perdi alguma coisa...Por isso procuro não faltar quase nunca! Acho que podia “palpitar” mais nas aulas... mas nem sempre a gente fica a vontade...Tem gente que não respeita nossa opinião”. (SC 1)

A partir desse comentário, nota-se que há para esse idoso a percepção do quanto a presença e a ação de outras pessoas podem limitar as nossas próprias atitudes. De acordo com Oliveira (2005), o ambiente sempre impõe limites às nossas escolhas e, seria ilusão crer que o ato de escolher como um estado de pura liberdade. Segundo a autora, é necessário reconhecer que nas decisões individuais há uma complexa combinação de fatores que influenciam tais decisões.

Vale lembrar aqui que esses idosos têm em sua própria história eventos que podem ter influenciado para a construção e o desenvolvimento da sua autonomia, porém todos eles vivenciaram contextos históricos que em determinados momentos foram semelhantes, como no âmbito da educação.

Todos os participantes frequentaram a escola até a “4ª série do 1º grau” (CC), que atualmente equivale ao Ciclo 1 do Ensino Fundamental, e relataram que a escola seguia o modelo de educação onde o conhecimento era representado na figura do professor, e as manifestações questionadoras, críticas sobre o que era ensinado não eram permitidas. O modelo de bom aluno era representado naquele que “obedecia” e seguia a risca as orientações do professor. Pudemos notar que esse modelo ainda faz parte da configuração subjetiva desses idosos. Isso aparece na fala de Silvia:

“Eu sou uma aluna dedicada! Procuro fazer tudo direitinho! Às vezes fico confusa... São muitos problemas para “resolver” nas aulas... Mas eu gosto! Porque depois a gente chega em casa e fica pensando no deveria ter feito, no que deveria ter falado...” (SC 1)

Na estrutura social de uma sociedade capitalista, um dos elementos mais

marcantes fica por conta pela formação de classes sociais, onde a posição ocupada por cada sujeito nos diferentes setores da produção social define sua posição nessas classes. O aposentado, em geral, passa a ser visto como alguém que já foi produtivo e passa a assumir papéis de baixo status social.

Nessa lógica, a escola como instituição social, acaba reproduzindo os valores básicos do capitalismo, tais como: rapidez, obediência e precisão e onde, o novo e o moderno são valorizados. Então para quem ensinar algo a alguém que não é mais produtivo? Assim, o sujeito idoso incorpora em si preconceitos também em relação à sua capacidade de aprender (PANTAROLO e OLIVEIRA, 2008).

Porém, ao atuarmos sob a perspectiva da Promoção da Saúde tomamos como princípio o aumento da consciência crítica dos indivíduos e comunidades sobre os vários aspectos que envolvem sua saúde (WALLERSTEIN, 2006), e esse processo através de ações educativas. Assim, ao fazermos parte de um programa com esses objetivos, precisamos criar condições para que esses idosos sintam-se capazes de aprender.

No caso dos alunos entrevistados foi interessante notar que embora haja a dificuldade expressa por eles, em se posicionarem sobre determinado assunto ou um problema a ser resolvido, um sentido importante que surgiu nos comentários desses idosos se refere ao valor da aprendizagem como fundamental para suas vidas. Esse valor é expresso por João através de seus comentários:

“Eu acho que faço tudo muito bem! Procuo sempre melhorar meu desempenho... Acho que a gente sempre pode melhorar. Às vezes dou umas “escorregadas”, me distraio e me perco. Mas sinto que melhora a cada dia. Tenho aprendido bastante e quando falto tento fazer em casa.” (SC 1)

Na fala de Pedro esse sentido também é configurado:

“Acho que meu desempenho nas aulas é muito bom. Consigo fazer os exercícios, não me sinto cansado e sempre venho pra cá achando que vou aprender alguma coisa...” (SC 1)

Em trabalhos com objetivo de desenvolver a autonomia de pessoas, e no caso do Programa Ginástica Integrativa isso é relacionado às escolhas livres e críticas sobre a prática de atividade física como uma questão favorável à saúde dos participantes, esperamos que os idosos consigam agir rumo a mudanças individuais e comunitárias que possam favorecer sua saúde, porém sabemos que esse processo não é tarefa fácil e com qualquer garantia, mas, a partir dos comentários dos idosos, podemos observar que a educação pode representar meio de acesso a essa possibilidade, na medida em que eles reconhecem suas potencialidades e a capacidade de desenvolvimento envolvidos nesse processo.

Podemos afirmar que para os idosos do Programa as manifestações de autonomia estão relacionadas ao modo como esses sujeitos sentem-se “instrumentados” para agirem de forma crítica e para escolhas relacionadas à autogestão da atividade física. É compreensível que essas escolhas muitas vezes tenham surgido de certa forma limitadas, pois entendemos aqui que a autonomia está sempre relacionada à liberdade. O que, por sua vez, torna muito difícil observar em que medida essas pessoas se sentem livres, pois devemos lembrar que durante todas suas vidas esses direitos foram cerceados e que essas pessoas vivenciaram situações que prejudicaram de alguma forma esse acesso.

5. Considerações finais

“ O meu passado é tudo quanto não consegui ser.

Nem as sensações de momentos idos me são saudosas:

O que se sente exige o momento; o passado este, há de virar

De página e a história continua, mas não o texto”

Fernando Pessoa

Retomo aqui alguns questionamentos iniciais desta pesquisa que, tinha entre seus objetivos observar se a participação no Programa Ginástica Integrativa do SESC Itaquera traria algum impacto nas vidas dos idosos participantes dessa atividade.

As informações advindas dos instrumentos utilizados nos possibilitam afirmar que houve impactos em outros âmbitos das vidas dessas pessoas além das questões físicas, biológicas. E, apesar de inicialmente a questão da busca por melhores índices de aptidão física ser o motivo para a procura de um programa de atividade física e, isso ainda marcar como um dos principais orientadores para a maioria das atividades direcionadas a essa população, outros aspectos no decorrer do curso são subjetivados e interferem nas vidas desses idosos.

Ficou claro no decorrer da pesquisa que a melhora na aptidão física pode interferir numa maior participação social, pois ao sentir-se mais ativo fisicamente o sujeito idoso pode subjetivar uma maior capacidade de atuação. A inserção do tema subjetividade nos possibilitou a observação desses aspectos envolvidos nessa intervenção, tais como a possibilidade de desenvolvimento de capacidades relacionadas a uma maior participação social. Questão fundamental em programas ou intervenções que se concebem sob as orientações do ideário da Promoção da Saúde.

A partir dessas orientações a questão da saúde amplia-se para a observação de outros aspectos que não só as relacionadas à sua obtenção através da prevenção de doenças ou, ainda, a saúde “medida” sob aspectos fisiológicos, mas dirigem-se ao desenvolvimento de capacidades individuais e comunitárias relacionadas a uma maior participação social como sujeito que conhece seus problemas de saúde (ambientais,

sociais, entre outros) e tem ferramentas para desenvolver soluções para melhores condições de saúde.

No decorrer da pesquisa me questionei o quanto como educadora esperava e até cobrava dos alunos, escolhas conscientes e críticas sobre determinadas questões e, como isso podia interferir em meu trabalho. Num primeiro olhar, ingenuamente, acreditava que por conta dos objetivos do Programa estarem sustentados pelo referencial teórico que propunha um olhar para além das questões biológicas, com o passar do tempo isso seria refletido em ações que pudéssemos considerar autônomas. Assim, mesmo que sob outra perspectiva, ainda partia da mesma concepção causa-efeito, esperando resultados pré-estipulados, de acordo com minha visão do que seria estar “empoderado” e ter atitudes autônomas.

Além disso, outro ponto difícil de transpor nesse processo é aceitar e acreditar numa atuação sob a perspectiva de liberdade dos idosos enquanto sujeitos autônomos. É uma permanente desconstrução de um processo social que estava introjetado em mim como educadora, de acreditar que a partir de conhecimentos teóricos adquiridos na vida profissional, sempre saberia o que poderia ser “melhor” ou mais adequado para os alunos.

Contudo, no decorrer da construção desse tecido de informações, passei a compreender que não podia crer que somente a nossa intervenção iria causar uma “transformação” nesse sujeito. Como já discutimos, isso está associado a muitos fatores; ambientais, sociais, entre outros, aos quais não temos acesso de maneira simples e direta.

Porém, não devemos caminhar na contramão disso e não acreditarmos na possibilidade de desenvolvimento dessa consciência crítica dos idosos. Precisamos compreender que todos têm potencialidades a serem desenvolvidas ao longo da vida. Como educadora passei a reconhecer a permanente reconstrução do processo, onde todo ser humano está em desenvolvimento o que inclui, uma relação de constante pela busca por objetivos que sejam comuns. Essa relação por sua vez, envolve educador, educando e o ambiente onde as intervenções ocorrem e em que medida

essas faces estão dispostas a se relacionarem.

Também passei a compreender como a prática de atividade física a partir da concepção da corporeidade pode representar um avanço nessas questões; já que a prática pedagógica não pode ficar limitada a uma concepção de conhecimento baseado em uma verdade única e no saber científico como o único meio para essa verdade; determinando práticas e atitudes comuns a todos, resultando numa atuação sob a concepção de um corpo que é biológico e que reage a estímulos considerados “adequados”. Isso representou um avanço para mim enquanto educadora, mas ainda sim posso afirmar que essa transformação está constante processo, pois em minha subjetividade permanecem resquícios dessa concepção fragmentada, recortada que espera “resultados” ou reações das ações que tenho.

A corporeidade admite um desenvolvimento global e permanente do ser humano, assim, quando percebemos mudanças nas vidas dos idosos, que não limitadas às questões físicas (biológicas), podemos apontar que através das práticas corporais, esses sujeitos obtiveram uma rota de acesso a essa concepção, de se perceberem através da participação em um grupo, de si mesmo em movimento e, como essa percepção se estende a outros âmbitos para além da prática.

E essa deve ser uma preocupação constante na prática docente, pois observamos nos idosos participantes dessa pesquisa, uma subjetivação da prática de atividade física com o sentido de utilidade, como uma representação de ainda conseguirem produzir, e assim sentirem-se úteis. Essa concepção ainda mostra uma subjetivação social, de produção advinda de uma sociedade pautada na produção e em valores capitalistas. Não podemos ignorar que esses são os valores vigentes e que permeiam nossas crenças, o que não podemos negar é o quanto isso pode limitar no processo de formação e desenvolvimento humano.

Um desses problemas reside na crença que tudo é passível de ser consumido, a saúde, por exemplo. Através da adoção de comportamentos saudáveis e possíveis a todos. Uma concepção individualista, onde cada indivíduo é responsável pela sua condição de saúde e as iniciativas e as práticas em saúde são pautadas na mudança e

adoção de comportamentos saudáveis.

Essa concepção favorece a determinados interesses políticos e econômicos, contribuindo para a desoneração de serviços do Estado. Por sua vez, essa visão acaba por colaborar para a mão-inversa: o cidadão também se afasta de espaços públicos por não acreditar que aquele espaço é de sua responsabilidade, não o tem como seu. Essa subjetivação de não pertencimento desses locais apareceu de forma clara nas falas dos idosos participantes da pesquisa.

O Programa Ginástica Integrativa pode ser considerado um espaço para esse desenvolvimento na medida em que cria um ambiente de participação coletiva e busca favorecer a prática da auto-reflexão sobre questões que dizem respeito à saúde dos participantes e incita descobertas pessoais que, se ainda não é estendida para outros ambientes, pode ser tomada como o início fundamental para esse processo de mudança.

A subjetivação do poder para agir observado nos idosos é um indicador favorável para a implantação e desenvolvimento de programas destinados a essa população com os objetivos da Promoção da Saúde. Ao compreendermos que essa população é por vezes colocada em situações de opressão, a partir de um processo de discriminação por serem “velhas” e serem categorizadas o que influencia em dificuldades para o exercício de sua cidadania, podemos apontar que iniciativas como a Ginástica Integrativa representam um espaço de fomento para o desenvolvimento do *empowerment* e o exercício da autonomia.

Essa implantação está associada a uma série de pressupostos que se ligam a vários setores: a instituição, os objetivos comunitários e a visão de mundo do educador envolvido nesse processo. Além disso, é preciso ter em mente o quanto esse processo é constante e infindável. Ao desenvolvermos soluções para situações desfavoráveis supõe-se que essa resolução ocasionará conseqüências e trará consigo outras situações a serem solucionadas.

Não estamos divulgando que essa participação é o determinante para essa

questão, como já vimos isso depende de várias questões que envolvem a vida de uma pessoa (social, ambiental, cultural, etc), porém ao admitir o papel de educadora que atua sob a perspectiva desse referencial, podemos afirmar que esse fator pode mostrar-se como uma proposta de superação da visão mecanicista e fragmentada do ser humano.

Reservo-me aqui a também apontar que, esse estudo possui suas limitações, pois o rico tecido de informações obtido junto aos idosos permitiria adentrar a outras questões tão pertinentes de serem abordadas quanto ao pequeno “recorte” que foi estabelecido em razão dos objetivos iniciais. Durante a realização da pesquisa pontos referentes à atuação pedagógica, ao conteúdo programático, sexualidade e espiritualidade entre outros, apontam a urgência em realizar novos estudos que busquem compreender os aspectos que envolvem esse tipo de intervenção, na intenção de contribuir de alguma forma com um envelhecimento digno dessa população.

Devemos atentar que não existem soluções prontas, cada espaço é único, é preciso contemplar todas as esferas envolvidas e assim, levantar o que é relevante a ser desenvolvido. Uma comunidade nunca é igual à outra. As necessidades não são as mesmas. E principalmente, os sujeitos não vivenciaram o mesmo contexto histórico-cultural.

Entendemos que a Educação Física deve se desenvolver compromissada com os objetivos da Promoção da Saúde, como área de conhecimento legitimada por estudos que procurem compreender questões para além do viés biológico e em suas intervenções pautadas na corporeidade, compreendendo esse sentido como fundamental para uma atuação profissional atenta ao desenvolvimento humano.

6. Referências Bibliográficas

AIRES, Almeida (org.) **Dicionário de Filosofia**. Lisboa: Plátano. 2003.

ANDREOTTI, M.C.; OKUMA, S. S. “Perfil sócio-demográfico e de adesão inicial de idosos ingressantes em um programa de Educação Física”. **Revista Paulista da Educação Física**, v. 17, p.142-53, jul/dez. 2003.

ASSIS, M., HARTZ, Z.M.A.,VALLA, V.V. “Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002”. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n° 3, p. 557-581, 2004.

BARROSO, M. G. T., VIEIRA, N.F.C., VARELA, Z.M.V. “Ensino de Educação em Saúde, Interdisciplinaridade e Políticas Públicas”. **RBPS**, v. 19, n.3, p.182-187. ago.2006.

BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A. “Questionamento e incertezas acerca do estatuto científico da saúde: um debate necessário na Educação Física”. **Rev. Da Educação Física da UEM**, v. 15, n° 1, 2005.

BALTES, P.B. “Theoretical propositions of life span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline”. **Developmental Psychology**, n°23,p. 611-696.1997.

BEAUVOIR, S. **A Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BECKER, D.; EDMUNDO, K.; NUNES, N. R.; BONATTO, D.; SOUZA, de R. “Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção de saúde”. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.p ,n°.3 .p.655-667, 2004.

BLESSMANN, E.J. “Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice”. **Estudos interdisciplinares do envelhecimento**. V.6, p.2139, Porto Alegre, 2004.

BRACHT, V. “A constituição das teorias pedagógicas da Educação Física”. **Cadernos Cedes**, ano XIX, n°48, ago/1999.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida.**Ciência e Saúde Coletiva**. 5(1): 163-177. 2000.

CACHIONI, M; NERI, A.L. “Educação e Velhice Bem-Sucedida no contexto das Universidades da Terceira Idade”. In: NERI, A. L.; YASSUDA, M. S.(orgs).**Velhice Bem-Sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**.- Campinas, SP: Papirus, 2004.

CARDINALLI, C.C.B. **Uma análise da configuração subjetiva do aluno com dificuldade de aprendizagem.** Dissertação de Mestrado. PUC- Campinas. São Paulo, 2006.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança.** São Paulo: Hucitec, 2005.

_____. “Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de promoção à Saúde”. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n°. 4, Rio de Janeiro, jul/ago. 2004.

CARVALHO, Y. M. **O “mito” da atividade física e saúde.** São Paulo: Hucitec, 1995.

_____. Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação? **Revista Bras. Cienc.Esporte.** v.22,n°2, p. 9-21. 2001.

CASSOL, C. V. Identidade e Autonomia: utopias necessárias a escola pública. 2005. Disponível em: <http://www.ceedo.com.br/bkup/cassol1.htm>. Acesso em 20/11/2008.

CHAUI, M. **Convite à Filosofia.** São Paulo: Ed. Ática, 2003.

DAÓLIO, J. “Os significados do corpo na cultura e as implicações para a Educação Física”. **Movimento**, ano 2, n° 2, junho/1995.

DEBERT, G.G. “Envelhecimento e representações sobre a velhice”. *In: VI encontro Nacional de estudos populacionais.* Anais. p.537-56.1988.

DEBERT, G.G. “A Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade”. *In: Barros, M.M.L. de.(org.) Velhice ou terceira idade?:Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política.* Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2003.

DEMO, P. **Charme da exclusão social.** Campinas: Autores Associados, 1998.

DERNTL,A.M.,WATANABE, H.A. “Promoção da Saúde”. *In: LITVOC, B.Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde.* São Paulo. Atheneu, 2004

DERNTL, A.M. “As muitas autonomias e o autocuidado”. **Gerontologia.** v.6, n°4, p. 197-199, 1998.

DOLL, J. “Educação, cultura e lazer: perspectivas de velhice bem-sucedida”. *In: NERI, A.L. (org.) Idosos no Brasil:vivências, desafios expectativas na terceira idade.* São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007.

FARINATTI, P.T.V.; FERREIRA, M.S. **Saúde, Promoção da Saúde e Educação Física: conceitos, princípios e aplicações**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2006.

FAZENDA, I. **Empowerment e participação, uma estratégia de mudança**. Centro Português de Investigação e História e Trabalho Social, [2003].

FRANCHI, K. M. B.; MONTENEGRO JR., R. M. “Atividade Física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade”. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 18, n.º. 3, p. 152-156, ago/2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

_____. **Conscientização: teoria e pratica da libertação**. 3ª ed. São Paulo: Moraes, 1980.

FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e ousadia: o cotidiano do professor**. Tradução de Adriana Lopez, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

GALANTE, R. “O lazer e a corporeidade no SESC: tempo/espço de desenvolvimento integral”. *In: Encontro Nacional de Recreação e Lazer*, 2001, Natal. Anais: Natal, 2001.

GEREZ, A.G.; MIRANDA, M.L.J.; CAMARA, F.M.; VELARDI, M. “A prática pedagógica e a organização dos conteúdos de Educação Física para idosos no Projeto Sênior para a Vida Ativa na USJT: uma experiência rumo à autonomia”. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte, Campinas**, v.28 n.º 2, p.221-236, jan/ 2007.

GEREZ, A. G. **A prática pedagógica em Educação Física para idosos e a Educação em Saúde na Perspectiva da Promoção da Saúde: um olhar sobre o Projeto Sênior para a Vida Ativa – USJT**. Dissertação de Mestrado. Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, SP, 2006.

GOLDFARB, D.C. “Velhices Fragilizadas: espaços e ações preventivas”. – *In: vários colbs. Velhices: reflexões contemporâneas*. SESC: PUC, São Paulo, 2006.

_____. **Corpo, Tempo e Envelhecimento**. Dissertação de Mestrado. PUC-SP. São Paulo, 1997.

GONÇALVES, M.A.S. **Sentir, pensar, agir: corporeidade e educação**. Campinas: Papirus, 1994.

GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Ed. Pioneira Thomson Learning, 2005.

GONZÁLEZ REY, F. **Epistemologia cualitativa y subjetividade**. São Paulo: Educ, 1997.

GUIMARÃES, A. PELLINI, C. ARAÚJO, R. S. J. ; MAZZINI, M. J. “Educação Física escolar: atitudes e valores”. **Revista Motriz**, v.7, n°1,p.17-22,jan/jun.2001 .

JOÃO, R. B.; BRITO M. de. “Pensando a corporeidade na prática pedagógica em educação física à luz do pensamento complexo”. **Revista Brasileira da Educação Física e Esporte**, v.18 n°3, set. 2004.

KAMII, C. **A criança e o número**. Campinas: Papirus, 1985

LAVERACK, G.;WALLERSTEIN, N. “Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains”. **Health Promotion International**. University Oxford, v.16,n°2, 2001.

LORD, J., HUTCHISON,P. “The process of Empowerment: implications for theory and practice”. **Canadian Journal of community mental health**. 12:1, p. 5-22, 1993.

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

LUZ, Madel T. **Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MATSUO, R. F. **O sentido de saúde em idosos do Projeto Sênior para a vida ativa da USJT**. 2007. Dissertação de Mestrado. Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, SP.

MEDEIROS, M. **Didática e prática de ensino da educação física: para além de uma abordagem formal**. Goiânia: Ed. do Autor, 1998

MENDES, M. I. B. de S. **Mens sana in corpore sano: Compreensões de corpo, saúde e educação física**. Tese (Doutorado) 2006. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN.

MERLEAU-PONTY. **Fenomenologia da Percepção**. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MINAYO, M. C. de S. “Visão antropológica do envelhecimento humano”. *In*: vários colbs. **Velhices: reflexões contemporâneas**. SESC: PUC, São Paulo, 2006.

_____.**O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MIRANDA, M.L.J. **Efeitos da Atividade Física com música sobre os estados subjetivos de idosos**. Tese (Doutorado), 2001. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

MOREIRA, W. W. “Corporeidade e lazer: a perda do sentimento de culpa”. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v. 11, n° 3, 2003.

NERI, A.L. (org.) **Idosos no Brasil: vivências, desafios, expectativas na terceira idade**. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, Edições SESC SP, 2007.

_____. “A formação gerontológica no Brasil”. **A Terceira Idade**, v. 17, n°35, p. 18-43, fev. 2005.

NERI, A. L. BORN, T.; GRESPAN, S, M.; MEDEIROS, S. L. “Biomedicalização da velhice na pesquisa, no atendimento aos idosos e na vida social”. *In*: Diogo, M.J.D.;NERI, A. N.; CACHIONI, M. (orgs). **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas, Ed. Alínea, 2004.

NERI, A. L.; YASSUDA, M. S.(orgs).**Velhice Bem-Sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**.- Campinas, SP: Papyrus, 2004.

OKUMA, S. S.; FERRAZ, O. L., 1999. “Pedagogia do Movimento Humano”. **Revista Paulista de Educação Física**, v. 13, p. 78-87, dez. 1999.

OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física**. Campinas, SP: Papyrus,1998.

OLIVEIRA, D. L. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Ver. Latino-am. Enfermagem**. 13(3)p. 423-431, 2005.

OLIVEIRA, R. D.; OLIVEIRA, M. D. – *In*.: Brandão, Carlos Rodrigues. (org) **Pesquisa participante**. 8 ed. São Paulo, SP: Brasiliense, 1990.

PATROCÍNIO, W. P. “O movimento abrindo portas e sua inserção na sociedade”. *In*: Von Simson, O.R.M., NERI, A. L., CACHIONI, M. (orgs.) **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. Campinas, SP: Ed. Alínea,2003.

PEIXOTO, C. “Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios:velho,velhote, idoso, terceira idade”.... *In*: Barros, M.M.L. de. (org.) **Velhice ou terceira idade?:Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2003.

PEREIRA, A. L. de F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 19 (5), 2003.

PONTAROLO, R.S.; OLIVEIRA, R.C.S. Terceira Idade: uma breve discussão. **C.Hum. Soc.Apl. Ling.Letras e Artes**. UEPG. 16 (1) 115-123, junho de 2008.

PRETI, O. Autonomia do aprendiz na educação a distancia: significados e dimensões. In: **Educação a Distância- construindo significados**. p.1-17.2000.

RESTREPO, H. E. **Promoción de la salud: como construir vida saludable** . Bogotá: Ed. Médica Internacional, 2003.

RODRIGUES, J. C. **Tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ROLIM, F. S. **Atividade física e os domínios da qualidade de vida e do autoconceito no processo de envelhecimento**. 2005. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.

ROMANO, J. O. Empoderamento: recuperando a questão do poder no combate à pobreza.- In: ROMANO, J. O.; ANTUNES, M. (orgs). **Empoderamento e direitos no combate à pobreza**. Rio de Janeiro: ActionAid Brasil.2002.

SANTOS, V., PORTELLA, M. R. “As práticas educativas de promoção da saúde e da cidadania do idoso e seu caráter emancipatório”. In: SANTIN, J.R.;VIEIRA,P.S.,TOURINHO FILHO,H.(orgs).**Envelhecimento Humano:saúde e dignidade**. Passo Fundo: UPF, 2005.

SANTOS, S.S.C.;BARLEM, E.L.D.;SILVA, B.T.;CESTARI, M.E.; LUNARDI, V.V. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogerátrica: **ACTUA Paul. Enfer.** ,21 (4) 649-53, 2008.

SEGRE, M.; SILVA, F. L.; SCHARAMM, F. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio da autonomia. <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v6/conthistorico.htm>. Acesso em 23/11/2008.

SEN,G. *Empowerment as an approach to poverty*. Pnud, 1997.

SESC. **O século da terceira idade**, São Paulo: SESC, 2003. 212p.

SESC. DR . SP. **Ginástica Voluntária**, São Paulo, 1993. 30p.

SILVA JR., A. P., NAKAMURA, A.L. L.; LOUZADA, J. C. N.; VELARDI, M.. “Autonomia e Educação Física: uma perspectiva à luz do Ideário da Promoção da Saúde”. **Conexões**. v.4, n°. 1, 2006.

SOUZA PINTO, Júlia P.M. de;JESUS, A. N. “A transformação da visão de corpo na

sociedade ocidental”. **Motriz**, v.6, n° 2, 2000.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento como estratégia de Promoção da Saúde no campo do envelhecimento**. 2002. Dissertação de Mestrado, FIOCRUZ.

VALLA, V. V. “Educação, saúde e cidadania: investigação científica e assessoria popular”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n° 8, v.1,p. 30-40, 1992.

VASCONCELOS, E. M. **O poder que brota da dor e da opressão: empowerment**, sua história, teorias e estratégias. Paulus, 2003.

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

VERAS, R. “Políticas e Projetos Brasileiros nas áreas de Saúde e Previdência Social”. **Encontro Internacional de Gerontologia Social. Anais**. São Paulo: SESC, 2006. p.47-58.

WALLERSTEIN, N. “*Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs*”. **American Journal of Health Promotion** v.6, p. 197-205, 1992.

_____. “*What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*” **WHO Regional office for Europe’s Health Evidence Network (HEN)**,2006.

ZABALZA, M. A. **Diários de aula: um instrumento de pesquisa e desenvolvimento profissional**. São Paulo. Ed. Artmed, 2004.

Anexos**Anexo 1**

São Paulo, ____ de _____ de 2007.

Ao (cargo) do SESC Itaquera, responsável pelo ____ (setor) _____

Sr.

Venho por meio desta formalizar o pedido já realizado verbalmente no ano de 2007, que foi recebido de forma positiva, para coletar informações sobre os idosos participantes do Programa Ginástica Integrativa do SESC Itaquera. Essas informações serão necessárias para a elaboração da minha dissertação de mestrado que está sendo realizada na Universidade São Judas Tadeu sob a orientação da Professora Dra. Maria Luiza de Jesus Miranda.

Peço permissão para ter acesso aos documentos e às opiniões dos idosos participantes.

A intenção é que os resultados obtidos com esse estudo venham contribuir com o desenvolvimento do programa já existente. Os benefícios na participação seriam decorrentes da contribuição que as opiniões obtidas nesse estudo possam trazer sobre o aprimoramento da organização do programa.

Agradeço desde já e peço deferimento.

Pesquisador responsável

Claudia Francisca dos Santos

RG. 22287776-5

Anexo 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: Subjetividade e idosos: *empowerment* e autonomia na participação em um programa de Educação Física.

Eu, _____, idade (anos)_____, sob RG: _____, abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supracitado, sob responsabilidade das pesquisadoras: Cláudia F. dos Santos e Profa Dra. Maria Luiza de Jesus Miranda, membros do curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, Mestrado em Educação Física da Universidade São Judas Tadeu.

Assinado este Termo de Consentimento, estou ciente de que:

1. O objetivo desta pesquisa é investigar e compreender as ações envolvidas no Programa Integrativa do SESC Itaquera, no intuito de analisar se estão resultando em incremento do *empowerment (capacitação individual e comunitária)* dos idosos participantes da atividade;
2. Minha participação na pesquisa envolve observações das minhas participações em aulas do Programa Ginástica Integrativa, bem como entrevistas individuais e em grupos; sendo que estas serão realizadas em sala reservada no local da pesquisa;
3. Não haverá prejuízos físicos para minha pessoa, nem, tampouco, gastos de ordem financeira na participação nesta pesquisa. Porém, existe uma possibilidade reduzida de riscos em minha participação, pois poderei sentir-me constrangido com alguma pergunta;
4. Terei benefícios na participação com a contribuição que minha opinião terá sobre a construção de conhecimentos importantes a respeito da participação em um

Programa de Educação Física para Idosos bem como a possível a melhoria do programa do qual faço parte (Ginástica Integrativa);

5. Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa;

6. Meus dados pessoais serão mentidos em sigilo, as entrevistas gravadas em fita K7 serão apagadas depois da transcrição. Os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos da pesquisa expostos acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada;

7.Obtive todas informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre minha participação na referida pesquisa;

8. Poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Judas Tadeu para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa através do telefone (11) 6099-1665;

9. Poderei entrar em contato com o responsável pelo estudo, Claudia F. dos Santos, sempre que julgar necessário pelos telefones (11)7103-7308 ou (11)2605-9890;

10. Este Termo de Consentimento possui duas vias, permanecendo uma via em meu poder e outra com o pesquisador responsável;

São Paulo, ____ de _____ 2008.

Assinatura do voluntário ou responsável legal

Assinatura do pesquisador responsável

Livros Grátis

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

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

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

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

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