

CARMENCITA MÁRCIA BALESTRA

**ASPECTOS DA IMAGEM CORPORAL DE IDOSOS,
PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE
ATIVIDADES FÍSICAS**

CAMPINAS

2002

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA-FEF-UNICAMP

Balestra, Carmencita Márcia
B195i A imagem corporal de idosos praticantes e não praticantes de atividades
Físicas / Carmencita Márcia Baletra. – Campinas: [s.n], 2002.

Orientador: Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares
Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade
Estadual de campinas

1. Idosos. 2. Imagem corporal. 3. Gerontologia. 4. Educação Física. I.
Tavares, Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes. II. Universidade
Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física. III. Título.

CARMENCITA MÁRCIA BALESTRA

**ASPECTOS DA IMAGEM CORPORAL DE IDOSOS, PRATICANTES E NÃO
PRATICANTES DE ATIVIDADES FÍSICAS**

**Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade de Educação Física da
Universidade Estadual de Campinas, sob a
orientação da Profa. Dra. Maria da
Consolação G.C.F.Tavares.**

**Campinas
2002**

BANCA EXAMINADORA

Profa.Dra.Maria da Consolação G.C.F. Tavares (Presidente)

Profa. Dra. Maria José D'alboux Diogo

Prof. Dr. Edison Duarte

DEDICATÓRIA

A memória de meu pai, pois, sem os seus ensinamentos, o que seria?

A minha mãe, que era Zizi e a vida fez Maria, que muito me ensinou e ainda ensina como viver melhor a cada dia que passa.

Aos meus filhos, Juliana Paula e Thiago, a força para essa e tantas outras jornadas que certamente ainda estão por vir.

Ao meu neto, Thiago Filho, meus momentos de alegria nos últimos dois anos e certamente na minha velhice.

Aos meus irmãos, pela compreensão nas longas ausências em nossos momentos com a família,

AGRADECIMENTOS SINCEROS

A professora, Consolação, por contribuir decisivamente na realização do meu primeiro trabalho científico.

Aos idosos, sujeitos desta pesquisa, a equipe da Vila Vida e da OVG, pelo entendimento e compreensão da importância desse estudo.

Ao professor Américo Pellegrini Filho, ECA/USP, que mesmo sabendo que às vezes eu virava uma “onça”, sempre me incentivou a pesquisar os eventos que fazem a alegria de nosso povo.

Ao professor Warley, pela paciência na construção do projeto inicial e que afinal, conseguiu apresentar não um, mas vários “problemas”.

Aos professores Edison Duarte/FEF/UNICAMP e Nivaldo David FEF/UFGO, pelo estímulo, oportunidade e postura ética da condução deste mestrado interinstitucional.

Aos colegas do Solar do Pequi, especialmente a Eliane, Patrícia e Katiúscia, pela partilha das alegrias, dificuldades e às vezes, do próprio pão.

Aos professores Jocimar Daólio e Heloísa B. Reis, pelas longas conversas no Solar do Pequi, onde os dois me mostraram com grande humildade que o conhecimento é tão simples quanto, um bolo de fubá com café.

Aos meus alunos da ESEFFEGO e ao professor Aladi José de Lima, pela compreensão nos momentos de ausência.

RESUMO

A mudança demográfica ocorrida no século XX mudou o perfil etário dos brasileiros. Segundo convenções sociodemográficas, a velhice é a última etapa da vida humana e é delimitada a partir dos 60 anos para países que vivem em tentativa de desenvolvimento. O envelhecimento, enquanto fenômeno, desperta de forma significativa o interesse de pesquisadores em diferentes áreas do conhecimento, entre elas, a educação física. Este é um estudo sobre a velhice, a imagem corporal e atividades físicas. Tivemos como base, um referencial teórico que discute a velhice e a imagem corporal. Para uma melhor compreensão da imagem corporal dos idosos, definimos como universo para este estudo os moradores da unidade gerontológica Vila Vida, localizada na cidade de Goiânia/GO e os freqüentadores do Centro de Convivência de idosos/CCI, que funciona no mesmo local. Foi definido como critério da população alvo serem os moradores e os freqüentadores praticantes e não praticantes de atividades físicas sistematizadas. Assim, desenvolvemos uma pesquisa de campo com a aplicação do teste: A minha imagem corporal, o original, do prof. David Rodrigues (1999) In LOVO (2001). Os resultados deste estudo indicaram preliminarmente que as atividades físicas podem ser uma importante aliada para que os idosos tenham uma melhor compreensão de suas individualidades fisiológicas, psicológicas e sociais, o que deverá se configurar em uma melhor percepção da imagem corporal.

ABSTRACT

The demographic change occurred in the 20th century changed the age profile of the Brazilians. According to current sociodemographic conventions, the elderly is last phase of the human life and it is delimited starting when the person is 60 years old for those who live in countries in development attempt. The aging, as a phenomenon, aroused in a significant way, the researchers' interest in different areas of knowledge, and in the physical education area. This is a study about the elderly, body image and physical activities. We had as a base, a theoretical referencial that discusses the elderly and the body image. For a better comprehension of the body image of the old people, we define as a universe for this study the residents of the gerontologic unit VILA VIDA, which is located in Goiania/GO and the visitors of the Center Coexistence of Elderly People/ CCI, that is in the same place of VILA VIDA. It was defined as a criterion of the target population that they would be the residents and visitors, both who practices or not systemized physical activities. Therefore, we developed a field research with application of the test: My body image, the original of professor David Rodrigues (1999) In LOVO (2001). The results of this study indicated preliminarily, that the physical activities can be an important allied for the old people to have a better comprehension of their physiologic, psychologic and social individualities, that must be cofigured in a better perception of the body image.

SUMÁRIO

1- Introdução		01
2-Capítulo I – O ENVELHECIMENTO E A VELHICE		03
1.1 Compreendendo o fenômeno do envelhecimento-----	04	
1.2 Aspectos fisiológicos do envelhecimento. -----	06	
1.3 Aspectos psicológicos do envelhecimento-----	07	
1.4 Aspectos sociais do envelhecimento -----	10	
1.4.1 A velhice nas sociedades -----	14	
1.4.2 A velhice no Brasil: uma retrospectiva necessária -----	16	
1.5.As instituições de ajuda na velhice -----	18	
1.5.1 Vila Vida: um novo modelo asilar -----	25	
3-Capítulo II - IMAGEM CORPORAL, VELHICE E ATIVIDADES FÍSICAS		27
2.1 Imagem Corporal -----	27	
2.2 Imagem corporal e velhice-----	32	
2.2 O envelhecimento e atividade física -----	34	
4-Capítulo III - METODOLOGIA		41
3.1 Metodologia -----	40	
3.2 Campo de Pesquisa -----	40	
3.3 Sujeitos da pesquisa -----	41	
3.4 O instrumento da coleta de dados -----	41	
3.5 Procedimentos para coleta de dados -----	43	

5-Capítulo IV -RESULTADOS -----	44
6-Capítulo V - DISCUSSÃO DOS DADOS-----	48
7 Capítulo VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	55
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	57
7 ANEXOS -----	62

I – INTRODUÇÃO

Falar sobre velhice em um país que ostenta o ideário de ser uma nação jovem não é algo fácil. Vivemos em uma sociedade que consome a força, a beleza e a vitalidade e tende, portanto, a olhar a velhice com certo descaso, pois ela seria a negação de uma ideologia dominante (COSTA, 2002). O que se pode dizer é que este assunto foi durante algum tempo quase um “tabu”, na medida em que falar de velhice e/ou corpos envelhecidos incomoda imensamente a uma sociedade que tem como base à produção e que tem pautado suas ações durante os últimos séculos em dicotomias do tipo: corpo x espírito; novo x velho; feio x bonito; branco x negro, entre outros.

Nesta sociedade, dilacerada até as raízes por essas contradições dicotômicas, a mulher e a criança, o deficiente e os idosos são, segundo BOSI (1994), instâncias privilegiadas das crueldades provocadas por tais distorções.

O interesse pela velhice, nas últimas décadas, necessariamente passou pela compreensão de alguns aspectos relacionados à dimensão demográfica desse segmento etário. A proporção de idosos em nosso país, em relação ao total da população, atinge, atualmente, níveis superiores aos de qualquer outra época da história, (PELLICER, 1994; RAMOS, 1996). Em países desenvolvidos, esse índice situa-se em torno de quinze por cento e com tendência a um crescimento superior ao de qualquer outro setor da população (MORAGAS, 1997).

Segundo BERQUÓ (1998), um indicador básico de que os indivíduos de uma população estão envelhecendo é o simples crescimento do número absoluto de pessoas mais velhas. Projeções feitas apontam para uma redução no crescimento desse segmento populacional até 2010, voltando a crescer entre 2010 e 2020, para alcançar uma taxa de crescimento de 3,80% ao ano, complementa a autora.

Pensando-se em termos de futuro, em 2002 o número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos no país crescerá para cerca de 16.224.000. Esse impacto afeta

diretamente a razão de dependência, ainda que “*quase um quinto da população idosa participa da atividade econômica do país*” BERQUÓ (1998 p.20).

Nos primeiros 25 anos desse século, o país terá uma razão de dependência declinante por força do descenso da fecundidade, o que lhe dá condições mais favoráveis no sentido das políticas públicas. Isso requer, entretanto, analisa BERQUÓ (1998), um esforço sistemático para levar em consideração as demandas crescentes.

Se, por um lado, a longevidade dos indivíduos decorre do sucesso de conquistas no campo social e de saúde, o envelhecimento, como um processo, representa novas demandas por serviços, benefícios e atenções que se constituem em desafios para governantes e sociedade.

As possibilidades, portanto, para novos procedimentos se apresentam de forma quase que emergencial, o que requer atenção para que os profissionais, em suas diferentes áreas, se qualifiquem para oferecer serviços de variadas ordens demandados pelos idosos.

A temática deste estudo foi desenvolvida a partir dessa perspectiva e com base em um referencial que possa contribuir para que os idosos tenham um melhor conhecimento de seus corpos. As reflexões propostas por autores, tais como, Paul Schilder (1998), Antônio Damásio (2000), entre outros, abrem novas possibilidades de atuação para os profissionais da educação física voltada a gerontologia e, mais especificamente, à imagem corporal. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é obter informações referentes ao conhecimento que os sujeitos envelhecidos, praticantes ou não de atividades físicas, têm de seus próprios corpos.

Este estudo foi estruturado em 04 capítulos, sendo que no primeiro serão apresentadas informações conceituais do envelhecimento, a partir de abordagens fisiológicas, psicológicas e sociais. Será também discutida a história da velhice em diversas sociedades e, ainda, das formas de ajuda existentes na ação de acolhimento asilar.

No segundo capítulo serão abordados aspectos da imagem corporal do idoso. Em seguida, no terceiro capítulo apresentaremos, a proposta metodológica para o desenvolvimento dessa investigação. No quarto capítulo serão apresentados os dados coletados e no quinto capítulo está a discussão dos mesmos, tendo como base o referencial teórico utilizado.

I -O ENVELHECIMENTO E A VELHICE

1. 1 Compreendendo o fenômeno do envelhecimento

Inúmeras investigações estão direcionadas a conhecer mais profundamente os complexos mecanismos que regem o processo de envelhecimento. Até mesmo a sabedoria popular acumulou um valioso acervo de observações sobre a velhice.

Dentre os termos mais utilizados para especificar o indivíduo envelhecido, podemos citar: idoso, ancião, velho, pessoa de idade avançada ou pessoa da terceira idade. Embora todos estes termos descritos sejam adotados, utilizaremos nesta investigação o termo, “idoso”, por entendermos que esta palavra é a que traduz, neste momento, o sentido da passagem do tempo na vida humana em nossa sociedade.

Com relação à cronologia, seguiremos a classificação adotada pela Organização Mundial de Saúde/OMS (1994), que define como idosa a pessoa que possui 65 anos ou mais, e vive em países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, onde a expectativa de vida é reduzida e a condição sócio-econômica é desfavorável, a idade limite inferior é de 60 anos (PAULA, 1999). Entretanto, a variação da idade limite inferior, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, varia de região para região. Esse fato poderá então determinar diferentes categorias de idades em um mesmo país (ROCABRUNO, J.C. & PRIETO, O. 1992 & VERAS, 1994;).

No Brasil, alguns indicadores, de acordo com PASCHOAL (1996), podem ser assim percebidos: a expectativa de vida ao nascer, em 1950, nas regiões menos desenvolvidas, passou de 44,1 anos para 62,0 em 2000, e nas regiões desenvolvidas, que era de 66,8 na mesma época, passou para 73,4. No entanto, deverá alcançar, em 2020/30, 70,8 e 75,6 anos, respectivamente (BERQUÓ & LEITE, 1988).

ROCABRUNO & PRIETO (1992), descrevem esse processo como sendo um

momento de rápida transição demográfica e epidemiológica. As altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas foram substituídas por outras em que predominavam óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas ou outras doenças crônico-degenerativas. Segundo ele, condições mais saudáveis levam à diminuição das mortes por doenças infecciosas, permitindo maior sobrevivência dos indivíduos até idades mais avançadas, aumentando a incidência e a prevalência das chamadas doenças crônico-degenerativas. Aliado a este processo, a diminuição das taxas de fecundidade causa alteração da estrutura etária da população, com uma maior proporção de indivíduos chegando rapidamente à velhice, contribuindo assim para o envelhecimento populacional. Esse processo passa então a ser conhecido como “transição demográfica”.

HAYFLICK (1997) observa que não é tarefa fácil delimitar quando uma pessoa se torna idosa, pois não existem marcadores biológicos capazes de mensurar com exatidão o que é envelhecimento por idade ou envelhecimento patológico.

Entretanto, VIEIRA & RAMOS (1996) delimitam e relatam os fatores que se relacionam às dimensões social, psicológica e biológica do envelhecer. Essas dimensões, atribuídas ao significado da velhice, têm sido demonstradas pelos autores, que afirmam ser esse um processo que não se traduz apenas em um simples aumento do tempo de vida. Esses e outros pesquisadores analisam a velhice não como um fato estático, mas como um resultado e o prolongamento de um processo que se inicia ao nascer e se prolonga até a morte (BEAUVOIR, 1990; LANGLOIS, 1992; VIEIRA & RAMOS, 1996;).

Nesta ótica, percebemos que tais mudanças deverão ser compreendidas qual um fenômeno do processo de vida, assim como a infância, a adolescência e a maturidade são marcadas por mudanças biológicas, psicológicas e sociais específicas, associadas à passagem do tempo.

As características mais comuns, que são utilizadas para definir o envelhecimento, podem ser resumidas segundo os indicadores apresentados por LANGLOIS (1992):

- *Universalidade*: refere-se a que todos os indivíduos da espécie devem experimentar este fenômeno. Esta é uma das características que distinguem o envelhecimento da enfermidade. Especialmente daquelas enfermidades que estão associadas à velhice.

- *Irreversibilidade*: indica que, uma vez produzida a mudança ela não retrocede, não desaparece. O processo de envelhecimento pode, sim, acelerar ou retardar; porém, até então, e com base neste autor, não é possível alterar as mudanças produzidas pelo processo de envelhecimento.

- *Cumulatividade*: as conseqüências do processo vão se somando umas às outras no tempo até alcançar o efeito final.

- *Seqüencialidade*: o que está ocorrendo hoje é uma conseqüência do que aconteceu no passado e causa do que acontecerá no futuro.

Encontramos, todavia, na obra de NOVAES (2001), uma relação de fatores que são considerados pela autora como contradições dos atuais “mitos” do envelhecimento. Ela discute que um processo cronológico e universal do envelhecimento contrasta com a vitalidade que encontramos em muitos idosos e na singularidade de suas condutas.

A velhice envolve um processo fisiológico, onde o ritmo e o declínio de determinadas funções orgânicas variam de um órgão a outro, como também entre idosos da mesma idade (PAPALÉO NETTO, 1996).

Segundo BERGUER & MAILLOUX-POIRIER, 1996, p. (124), ”o envelhecimento orgânico não é homogêneo. Alguns tecidos não envelhecem, outros se renovam constantemente e outros, finalmente, não se renovam nunca” As autoras consideraram que certos idosos, por vezes, parecem mais velhos que a sua idade biológica, enquanto que, com outros, acontece exatamente o contrário. Afirmam ainda que as modificações fisiológicas normais podem mascarar ou dissimular certos sintomas de doença, o que erroneamente leva o envelhecimento a ser considerado como um fenômeno patológico.

Entretanto, segundo as autoras:

O processo de senescência, não é uma doença e não se pode comparar com qualquer estado patológico atualmente conhecido. Esta concepção errônea da senescência como doença evitável está na origem de todas as pesquisas que visam descobrir a fonte da juventude. A senescência é um processo multifatorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo(...)Não é, pois, uma doença, mas pode levar a uma quantidade de afecções, porque a reserva se caracteriza pela redução da reserva fisiológica dos órgãos e sistemas A senescência é um processo natural e não é sinônimo de senilidade, termo que designa uma degenerescência patológica, de fato muitas vezes associadas à velhice, mas que tem origem em disfunções orgânicas, (BERGUER & MAILLOUX-POIRIER, 1996, p.124,5.).

Desta forma, o envelhecimento impõe mudanças que variam de indivíduo para indivíduo, mas seguindo sempre um processo até então inevitável, e que exige quase sempre algum tipo de adaptação de quem o vivencia.

Esta adaptabilidade envolve, segundo FONSECA (1998), um conjunto de modificações, quer somáticas, quer psíquicas, quer afetivas, quer psicomotoras, que mergulham em atitudes ambíguas e por vezes contraditórias quanto ao comportamento e atitudes de alguns idosos, que faz deste um momento único, pessoal e intransferível.

As pessoas idosas, que por motivos diversos não conseguem encontrar novas formas de conviver com estas transformações, e não constroem uma adaptabilidade, por vezes necessária para uma melhor convivência social e/ou familiar, acabam limitando suas possibilidades de comunicação e expressão, o que poderá gerar algum tipo de alteração na forma como vê e sente o seu corpo, ou seja, na sua imagem corporal.

1.2 Aspectos fisiológicos do envelhecimento

A seqüência dos eventos ou mudanças relacionadas ao envelhecimento é a mesma para todos; entretanto, a velocidade desta progressão dependerá de diferenças individuais e experiências psicológicas, sociais e culturais vividas pelo sujeito. Alguns marcadores extrínsecos são bem típicos e bastante visíveis, tais como: redução de massa corpórea magra, cabelos grisalhos, pele enrugada, entre outros.

Outros marcadores, intrínsecos ou invisíveis, também compõem esse quadro de mudanças e, segundo FONSECA (1998), se complementam, ao afirmar que:

Os discos intervertebrais desidratam-se, o tônus de suporte enfraquece, os defeitos de atitude aumentam, a mobilidade e a quietude crescem, a pele perde o tecido adiposo, as "flores da velhice emergem em várias partes da pele", o colágeno perde elasticidade, a coordenação e a força e a melodia sinestésica desagregam-se, a respiração torna-se mais superficial, o cérebro menos oxigenado, a memória em curto prazo esvaece, a mobilidade cardiovascular reduz-se, a pressão arterial aumenta... Eis os sinais da passagem do tempo, mesmo que indesejados, surgem no decurso natural do processo do envelhecimento.”(FONSECA, 1998, P.350)”.

Observamos que, em um dado momento, essas mudanças caracterizam o processo de envelhecimento primário, como sendo uma seqüência de perdas fisiológicas. Entretanto, para algumas pessoas esse momento pode ser percebido como um processo de decadência, e a situação tende a se agravar, caso o envelhecimento seja secundário ou patológico.

Durante muito tempo o envelhecimento foi percebido como um fenômeno patológico relacionado ao desgaste do organismo e às seqüelas das doenças ocorridas em fases anteriores à velhice.

Mas, segundo BERGUER & MAILLOUX – POIRIER, (1996).

O processo de senescência não é uma doença e não pode se comparar com qualquer estado patológico atualmente conhecido; entretanto, pode levar a uma quantidade de afecções, porque se caracteriza pela redução da reserva fisiológica dos órgãos e sistemas. Cedo ou tarde, para todos os indivíduos, o equilíbrio homeostático desregula-se. Os problemas aparecem principalmente em momentos de stress fisiológico, porque o organismo já não apresenta as reservas necessárias para resistir às agressões e manter as funções vitais (BERGUER & MAILLOUX – POIRIER, 1996 p.124-5).

Relatam que “sinal mais evidente de senescência é a diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente” o (Ibidem. P.125). E que essa possibilidade tende a se acentuar com a idade e com as afecções crônicas.

1.3 Aspectos psicológicos do envelhecimento

Quase sempre em estudos e pesquisas, o envelhecimento foi abordado como uma questão biológica. Geralmente os tratados e propostas terapêuticas sobre o assunto se circunscrevem à área médica, sendo inclusive dado um grande destaque às tentativas de retardar a velhice, prolongar a vida ou, pelo menos, garantir que as pessoas pudessem envelhecer com mais saúde.

Grande parte dos estudos desenvolvidos na área da gerontologia enfatiza que as investigações que buscam a compreensão das mudanças psicológicas dos sujeitos idosos se concentram nas perdas e declínios das potencialidades que acontecem durante a vida.

Na perspectiva de NOVAES (2000), essa trajetória vital representa uma gama de experiências que são norteadas por valores, metas, crenças e formas próprias que o idoso utiliza para interpretar o mundo. É evidente que a trama desses eventos e das circunstâncias que permeiam tal trajetória sofre forte influência do meio. Somos, ela relata, inquestionavelmente frutos de heranças genéticas, mas também sociais e culturais, que vão a cada momento pontuar nossas opções de vida.

Sem dúvida que, para a autora, envelhecer é:

Construir este caminho a partir destes frutos, não existindo neste processo um caminho já traçado, pelo contrário, envelhecer é estar permanentemente trilhando novos caminhos, confrontando com novas exigências, devendo inclusive renunciar a uma certa forma de continuidade, sobretudo biológica, e desenvolver atitudes psicológicas que o levem a superar dificuldades e conflitos integrando limites e possibilidades (NOVAES, 2000, p.24).

Desta maneira, o envelhecer implica em fazer elaborações sociais para superar tais dificuldades. E esta fase não pode, segundo o exposto, ser constituída e definida apenas como uma etapa “naturalizada” do curso da vida, mas sim, em vivências permanentemente construídas.

Essas dificuldades, quando superadas pelo idoso, acabam gerando os modelos de bem viver. É comum encontrarmos a expressão “velhice bem sucedida”, no meio gerontológico, como sendo uma conseqüência de um nível ótimo de bem-estar e satisfação psicológica apresentados pelo indivíduo.

O entendimento do que pode ser denominado envelhecimento saudável ou velhice¹ bem sucedida deverá, portanto, vir acompanhado da clarificação de alguns termos que são essenciais, pois NERI (2001 a) diz que o termo “velhice bem sucedido” está associado a uma importante mudança, e a expressão consiste em considerar a velhice e o envelhecimento não mais como sinônimos de doença e inatividade.

Pela relevância e particularidade dos fatores que envolvem essa questão, é preciso compreender que ser idoso e ser saudável pode estar relacionado à eficácia e à competência para levar a termo os projetos de vida. E ainda a ter uma percepção da realidade e a comprometer-se com outros projetos além do seu, ou seja, interagir com o meio.

¹ VELHICE: última etapa do ciclo vital é delimitada por eventos de natureza múltipla, incluindo, por exemplo, perdas psicomotoras, afastamento social e especialização cognitiva.(NERI, 2001, P.69).

NERI (2001a) cita um estudo longitudinal desenvolvido na Alemanha, feito por RUDINGER E THOMAZ, em 1990, que contribuiu para a compreensão do ajustamento e da satisfação da velhice. O resumo das principais conclusões desse estudo sugere que:

A saúde biológica é um dos mais importantes preditores do bem estar na velhice, sendo o modo como ela é percebida pelos próprios sujeitos e o modo como estas pessoas lidam com seus problemas de saúde mais preditivos do que as condições objetivas de saúde. A satisfação com a família e a interação entre status social, variável de personalidade, interações dentro da família e atividades desempenhadas fora da família, interferem nesse ajustamento. A situação psicológica e a situação econômica são importantes para o bem-estar subjetivo, o qual, por sua vez, determina o modo como as pessoas lidam com a qualidade da habitação, com a vizinhança, com a independência econômica e com as expectativas referentes à estabilidade financeira. A percepção da qualidade de vida² diária é medida pela capacidade de iniciar e manter contatos, os quais dependem de fatores motivacionais e cognitivos. A avaliação que o idoso faz de sua vida atual depende de fatores anteriores, das oportunidades e dos acontecimentos sociais, da forma como lida com a morte, da perspectiva do futuro, da valorização do passado e do uso das possibilidades atuais, (NERI, 2001b, p.14).

Um envelhecimento bem sucedido, portanto, é aquele em que o sujeito continua em constante estado de experimentação, fazendo suas próprias escolhas e a ocupar um lugar na sociedade com qualidade de vida.

Complementando o exposto, LAWTON in NERI (2001a) diz que um modelo de qualidade de vida pode ser assim percebido:

1 - Condições ambientais: está relacionada ao habitat do sujeito e ao seu comportamento. O ambiente oferecido ao velho deve oferecer condições de uso adequadas, tais como acesso facilitado, manejo, conforto, segurança, variabilidade e estética. Incluindo as adaptações construtivas nas organizações urbanas e nas residências.

2- Qualidade de Vida Percebida: refere-se à avaliação que cada sujeito faz sobre o seu funcionamento em qualquer domínio das competências comportamentais. Seus indicadores mais expressivos são: saúde percebida, doenças relatadas, consumo relatado de medicamentos, dor e desconforto relatados, alterações percebidas na cognição, senso de auto-eficácia nos domínios físico e cognitivo.

² QUALIDADE DE VIDA: Nesta perspectiva, segundo NERI (2001) é um evento que apresenta múltiplas dimensões e pode ser multiterminado. Diz respeito à adaptabilidade de indivíduos em diferentes épocas e sociedades e sua avaliação deverá ter como referências critérios diferenciados. (NERI, 2001, p.108. A).

3- Bem-estar subjetivo: diz respeito à avaliação pessoal e privada sobre o conjunto e a dinâmica das relações entre as três áreas precedentes. Relacionam-se à emoção e à cognição.

4-Competência comportamental: encontra na avaliação funcional³ do sujeito um dos itens relacionados à sua competência para atividades de vida diária.

PAULA (1999), em sua orientação para a utilização de instrumentos selecionados de avaliação geriátrica, sugere os seguintes instrumentos para a avaliação funcional de idosos:

a) Escala de LAWTON para atividades instrumentais de vida diária;

b) Índice de KATZ para atividades básicas de vida diária;

c) Mini exame Mental de FOLSTEIN;

d) Escala de depressão geriátrica de YESAVAGE;

e) Prova de equilíbrio de TINETTI e Avaliação da caminhada;

f) Listagem do Conselho Nacional de Segurança Domiciliar (EUA). (PAULA 1999, p.17).

Ele informa que tais escalas hoje estão disponíveis e apresentam alto grau de confiabilidade na avaliação funcional dos idosos. Desta forma, estes fatores psicológicos, sociais e fisiológicos no processo de envelhecimento são fundamentais ao bem-estar e passam a ser elementos cada vez mais indissociáveis. O modo como as pessoas se comportam pode ser um indicativo de seus desejos de mudanças ou de se adaptar às situações.

Se o entendimento de velhice for positivo e realista, o sujeito poderá rever seus objetivos, aceitar mudanças, inclusive as corporais, prevenir doenças, modificar o estilo de vida, estabelecer novas metas e, assim, contribuir sobremaneira para o aumento da qualidade de vida nesta e em outras fases da vida.

³ AVALIAÇÃO FUNCIONAL: Análise de ações próprias e naturais de muitos órgãos e aparelhos. É freqüentemente citada na literatura gerontológico como o estudo dos aspectos práticos das atividades de cuidado pessoal e de locomoção (PAULA, 1999, p.6).

1.4 Aspectos sociais do envelhecimento

Cada um avalia e percebe o processo de envelhecimento a seu modo, com base em suas próprias percepções, evocando vivências e situações passadas ou presentes tidas com pessoas mais velhas.

No entanto, a velhice não deve ser contextualizada isoladamente, mas na diversidade das relações sócio-culturais, o que faz com que a representação social do idoso esteja sujeita à interferência de preconceitos, estigmas e estereótipos sociais.

É importante referir que o culto midiático, da chamada “terceira idade⁴”, ressalta o lado mais positivo da velhice, o que representa uma visão parcial deste fenômeno, válida também para o processo inverso, no caso das interpretações dramáticas e pessimistas desta fase da vida.

Segundo NOVAES (2000), a complexificação do mundo contemporâneo leva à necessidade de preparar as pessoas de mais idade a adotarem comportamentos compatíveis com as demandas e exigências sociais.

Normalmente as características atribuídas pela sociedade aos idosos se relacionam à perda gradativa da força física, a baixa da auto-estima, falta de confiança, sentimento de impotência, conformismo diante das perdas, sentimento de abandono e solidão.

Geralmente são os clichês dessas representações que reforçam para os não idosos a imagem ameaçadora da velhice. A autora ainda argumenta que, o importante é não se deixar levar por tais modelos, procurando sempre significar essa idade nos vários contextos sócio-culturais, pois as relações desses modos do pensamento social levam a compreender melhor a identidade dos velhos através das relações interpessoais, bem como das influências mútuas entre velhos e não velhos.

A respeito deste assunto, ou seja, a percepção que pessoas idosas têm de si mesmas, encontramos em um relato de NEGREIROS (1992) In NOVAES (2000) dados sobre uma pesquisa realizada na Pontifícia Universidade Católica / PUC-Rio de Janeiro, com amostra de 120 pessoas, estratificadas por categorias de sexo, idade e nível sócio-econômico.

⁴ TERCEIRA IDADE: Termo francês utilizado para designar pessoas que ultrapassam os 60 anos (VIERA & RAMOS, 1996).

O resultado observado foi que os homens tinham uma percepção mais desfavorável e severa quanto às capacidades dos idosos do que as mulheres; no tocante à imagem das pessoas mais velhas sobre o idoso, é mais negativa do que das pessoas mais jovens.

Na tentativa de uma melhor clarificação deste fenômeno, que trata de uma categoria social também excluída dos meios de produção e de outros instrumentos sociais, encontramos em um texto de PAUGAN (1999, p.69), que discorre sobre os “*pobres*” e neste contexto se encontram também os idosos. Ele criou um termo denominado “*desqualificado social*”, que corresponderia a uma das possíveis formas de relação entre a população designada como “pobre” (em função de sua dependência em relação aos serviços sociais) e o resto da sociedade.

O termo caracteriza, também, o movimento de expulsão gradativa, para fora do mercado de trabalho, de camadas cada vez mais numerosas das populações.

GEORG SIMMEL, in PAUGAN (1999), faz uma análise sobre esta relação de ajuda social e discute que o fato de alguém ser pobre ou ser idoso não significa necessariamente que pertença a uma categoria específica de “pobre” ou “velho”. Não obstante ser comerciante idoso, um artesão idoso, um artista idoso ou um operário idoso, o indivíduo permanece em uma categoria definida por uma atividade específica ou por uma posição.

Subjacente a tal informação existe o fato de que a partir do momento em que são assistidos, ou então quando sua situação lhes dá o direito à assistência, é que eles passam a participar de um grupo caracterizado pelo processo de envelhecimento.

Portanto, a união desse grupo não se dá pela interação de seus membros, mas sim pela atitude coletiva adotada pelo conjunto da sociedade. Nesse sentido, a velhice não deve ser definida somente a partir de critérios quantitativos, mas também a partir das relações sociais provocadas por circunstâncias específicas, e neste caso cita-se a institucionalização asilar, tema a ser comentado nos próximos itens.

Outros estudos descritos pela autora comprovam que a representação social do idoso é influenciada pela ordem sócio-cultural vigente, sendo percebida, geralmente, como um inútil, inválido, não produtivo economicamente, um peso social, que necessita de assistência integral, alimentação e segurança.

As representações advindas das práticas educativas e sociais em vigor em um determinado contexto sócio-histórico são o suporte para a interiorização das

ideologias. Antes, porém, de continuarmos a contextualização desse estudo, é necessário fazermos um esclarecimento dos significados que assumem determinados termos para uma melhor compreensão do texto.

Iniciamos essa linha de pensamento a partir da compreensão da frase: o ser humano é um ser social. PELLICER (1994), diz que: “*Não haveria o que discutir em uma constatação tão óbvia, se o óbvio não fosse tão intrigante para o conhecimento científico*” (PELLICER, 1994, P.11). Ela relata que é impreciso o ponto exato em que o homem, em sua evolução, tenha passado a formar grupos, mas acredita-se que desde que tal fato se deu, numa jornada que se estendeu por milhões de anos, a espécie humana chegou até os nossos dias sempre influenciados por forças e processos sociais (PELLICER, 1994), que resultam assim nas mais diversas formas de grupamentos.

O que parece ser fundamental para a definição e manutenção desses grupos é que, segundo MANNHEIM in PELLICER (1994), existe uma organização por parte dos membros do grupo que se resumiria na atribuição de um conjunto das normas que convencionam valores, possibilitando, assim, a sua existência.

Quanto aos valores, RIBEIRO in PELLICER (1994) diz que estes seriam, então, estipulados ou herdados pelos grupos, constituindo um roteiro através do qual os indivíduos encontram parâmetros de pensamento e ação para suas vidas.

Para compreender como esses valores são absorvidos pelo indivíduo, é necessário que se clarifique o significado destes enquanto ideologia, e segundo (ABBAGNANO, 1999) esse conceito de ideologia como toda crença, é usada para o controle dos comportamentos coletivos, do mundo das classes que detêm o poder, ou seja, aqueles conjuntos estruturados de valores, representações, idéias, orientações cognitivas pelos pontos de vista de classes sociais determinadas. Utiliza ainda uma subdivisão, já proposta por Mannheim, desta visão social do mundo: uma visão ideológica conservadora, que visa à manutenção da ordem já estabelecida e uma outra utópica, do tipo subversiva, crítica, que propõe alternativa.

Desta maneira, nesse processo de interiorização de normas, estão presentes desejos, crenças e valores que irão influenciar a tomada de decisões e organizar os processos simbólicos das relações sociais, influenciando as dinâmicas institucionais. As normas e valores passam pela ideologia, sendo, portanto, interiorizadas de acordo com os modelos vigentes e as expectativas dos grupos sociais e culturais.

Observa-se que as experiências institucionais cotidianas têm vários significados e podem abrigar distorções, defesas e transformações. As interpretações dos fatos sociais que influenciam no processo de envelhecimento resultam imprescindíveis na avaliação do sujeito em qualquer ação a ser desenvolvida.

Por outro lado, é preciso perceber quem são esses idosos. Que pessoas são essas que, apenas, por terem vivido um tempo maior, se tornam objeto de estudo, temas de pesquisas, manchetes de jornais?

A busca das respostas que satisfaçam tais indagações nos remete a um recorte no tempo. Para compreender a velhice também como uma questão social que se configura como “problema”, supõe-se necessário um relato, mesmo que breve, das conotações que ela tem assumido no decorrer da história.

1.4.1 A velhice ao longo da história e seu trato nas diferentes sociedades

BEAUVOIR (1990), relata qual tem sido o papel dos idosos, desde as civilizações primitivas e chegando até às mais desenvolvidas. Segundo a autora, parecem existir vários mitos entre as sociedades mais primitivas e desfavorecidas acerca dos idosos e alguns desses mitos descrevem-nos como poderosos curandeiros, detentores de elevados poderes e grande magia; outros representam seus deuses como sendo “velhos vigorosos e sábios”.

Entretanto, Simone de Beauvoir mostra que existe uma grande distância entre esses mitos e a prática dessas coletividades. Segundo ela, as tribos nômades abandonavam os parentes idosos e adoentados quando se tornavam um peso para a caravana. Outros, como os esquimós, os sacrificavam ou os deixavam morrer de fome e frio.

Em algumas sociedades, que já dispõem de técnicas rudimentares para dominar a natureza, a magia e a religião ainda assumem um papel significativo e, segundo BEAUVOIR (1990), os idosos se situam em um grau de escala social elevada e grandes poderes sobrenaturais lhes são atribuídos. Entre alguns grupos, é a contribuição cultural dos idosos a fonte de seus privilégios; entre outros, é a sua memória, que será cultivada e preservada através da transmissão oral da história e da cultura de seu povo.

Observa a autora que em determinadas culturas que desenvolveram a escrita e a leitura, onde a transmissão e a tradição oral não são valorizadas e que não existe mais

espaço para a magia, a posição dos idosos tende a não ser tão privilegiada. Nas cidades gregas, Esparta e Atenas, a velhice era geralmente honrada e cheia de privilégio. Eram os idosos que conseguiam acumular as maiores fortunas, ocupavam o ápice da escala social e detinham o poder de decisão. Aristóteles e Platão tinham posições diferentes a respeito do envelhecimento. Enquanto o primeiro afastava em sua teoria o poder dos idosos – pois considerava que a degradação do corpo se estendia ao intelecto - o segundo, ao desprezar o corpo em prol da alma imortal, via na velhice apenas sabedoria e aprimoramento. Na história romana, no início da era cristã, o poder paterfamilias é quase sem limites, e a mulher idosa rica, a matrona, tem muita influência no lar e dirige a educação dos filhos.

Entretanto, nas artes, teatro e literatura, os velhos eram ironizados. Dos homens mencionavam a avareza, e raramente suas virtudes eram valorizadas. Da mulher, a imagem que comumente se encontrava nos palcos é da velha cortesã e da alcoviteira. A questão da sexualidade em ambos é ridicularizada e ignorada.

Mesmo assim os privilégios dos idosos ricos são mantidos, pois os mais pobres raramente chegavam a essa idade, até que no século II d.C. a posição dos idosos começa a decair e os jovens guerreiros assumem a posição. Nesta situação, os homens mais velhos foram praticamente excluídos da vida pública.

A ruralização das sociedades medievais fazia do trabalho uma dura tarefa. Este era muito rude e um homem idoso não podia participar (Id: 158). Ressalta-se que a velhice era muito rara, mesmo entre as classes dominantes, devido às péssimas condições de trabalho e de higiene da época. O idoso rico, no período feudal, é em geral maltratado logo após passar sua herança, e o pobre, quando existe, é levado a uma situação de mendicância.

A partir do século XIX, CHAMPANGNE et al. (1996), há uma explosão demográfica em toda a Europa, que dobra sua população em setenta anos. Em consequência, o número de idosos aumenta significativamente.

BEAUVOIR (1990) cita três possíveis fenômenos que se interligam e acompanham essa progressão demográfica:

1. A revolução Industrial;
2. O êxodo rural;
3. O surgimento de uma nova classe social: o proletariado.

Estas questões, aliadas às citadas, reforçam a idéia de que a velhice, antes uma “questão familiar”, passa a ser, agora, um “problema social”.

Uma nova relação econômica imposta gera, então, indivíduo mais eficiente para a produção em série, assim, surge um novo impasse: *O que fazer com velhos que já não servem para nada? Tal questão era formulada pelos “economistas e” “políticos” de meados do Século XIX, a propósito da velhice das classes “deserdadas” em que se tornaram proletarizadas? (CHAMPANGNE at al.1996, p.79).*

A questão do operário envelhecido, que se aposenta pela sua diminuição da capacidade produtiva, emerge como um novo problema, e a velhice, até então considerada um patrimônio para muitas sociedades, passa a ser encarada pelas sociedades em processo de industrialização como encargo (SALGADO 1980).

Assim, a percepção da velhice como encargo a ser suportado e como custo para o grupo familiar se torna mais forte nas classes operárias (Champagne at al. 1996). Ou seja, o que interessava ao novo sistema eram as pessoas que, dispostas de vigor físico, podiam vender sua força de trabalho. Quando já não mais podiam fazê-lo em função da idade, deixavam de ser úteis, eram então consideradas obsoletas, “velhas”, enfim.

E, nessa condição de pessoas idosas que não mais serviam ao sistema, passaram a ser excluídas, primeiro do próprio mercado formal de trabalho e, depois, da sociedade, através das inúmeras formas de discriminação e preconceitos, negando-lhes, em última análise, o direito de continuar a viver dentro do próprio contexto familiar. Este fato de exclusão social dos idosos resultou em uma dupla perda para esse segmento: a de agentes produtivos reconhecidos e a de membros protegidos e prestigiados dentro da família.

O êxodo rural e a conseqüente urbanização causada pela revolução industrial levam homens, mulheres e crianças a serem explorados como nunca. Ao envelhecer (quando não morriam antes), relata BEAUVOIR (1990), o operário era esquecido e reduzido a um mendigo, sendo, portanto, recolhido em asilos ou em hospitais para doentes mentais.

1.4.2 A velhice no Brasil: uma retrospectiva

No Brasil, início do Século XIX, onde a base de nossa economia era a

agricultura, a presença dos senhores de engenho era a que prevalecia como modelo de pessoa bem sucedida. A imagem que o prevalecia era a do “velho rico e poderoso”; de barbas, óculos ou simplesmente com uma fisionomia sempre severa. PELLICER (1994) alerta que se trata, entretanto, de idosos ricos, poderosos, já que os pobres ou escravos, que conseguiam manter-se vivos até uma idade avançada, eram tratados com descaso e, geralmente, levados à mendicância. Situação semelhante à discrepância já vista na Europa industrial entre os idosos ricos e pobres.

O início do processo da industrialização no Brasil, ao final do Século XIX, se dá em um momento em que 15% da população se constituía de escravos (SADER, 1988), embora o processo de utilização desta mão-de-obra já estivesse em declínio. As atividades industriais utilizavam mão-de-obra imigrante que, naquele momento, chegava ao país em número significativo. O peso dos imigrantes na sociedade brasileira fica evidente na experiência acumulada pela classe operária européia, mas por outro lado provoca uma transmutação cultural entre esse indivíduo mais “preparado” e uma massa analfabeta recém-saída da escravidão (BOUTIQUE & SANTOS, 1996).

A partir de 1920, o movimento operário, numa tentativa de se fortalecer, busca, sem muito resultado, uma organização sindical. Em seqüência, a crise oligárquica encerra-se e Getúlio Vargas forma a Aliança Liberal. Definitivamente as bases para o desenvolvimento industrial no país estão iniciadas. A revolução de 30 marca, então, o fim de um ciclo: o da hegemonia agroexportadora e o início do predomínio da estrutura produtiva.

Nesse contexto, reforçam as autoras, ao viabilizar uma crescente e necessária mão-de-obra para atender a recente indústria estabelecida, intensifica-se a migração, tendo início o êxodo rural.

Essa população migrante, desqualificada profissionalmente e também com baixa ou inexistente escolaridade, passa a requerer do Estado, políticas paternalistas com mais benefícios sociais.

Entre 1932 e 1938, leis sociais e trabalhistas são promulgadas, e nesse momento o trabalhador vê assegurado o seu direito de receber o salário mínimo, de ter uma carteira de trabalho assinada. É estabelecido o sistema previdenciário através do Instituto

de Pensões e Aposentadorias/IAPs, e também é regulado o direito de greve (BOUTIQUE & SANTOS, 1996).

Para os trabalhadores sindicalizados estas leis são reconhecidas como fruto de suas lutas; para os trabalhadores não formais, elas surgem como uma dádiva generosa do então presidente Getúlio Vargas.

E é exatamente nesse período que os idosos de hoje formavam a massa dos trabalhadores e participaram como atores das mudanças que, definitivamente, consolidaram o capitalismo em nosso país.

As inúmeras mudanças então ocorridas ainda não estavam consolidadas e, já em 1964, o Golpe Militar era uma realidade. O poder foi centralizado; as políticas sociais solidificam ainda mais o Estado do Bem-Estar Social, Welfare States, cuja característica continua a ser a implementação de políticas sociais, através de serviços públicos de atendimento à população. Essa política social se fundamentava no princípio de que as pessoas deveriam estar em condições de resolver suas próprias necessidades, com base em seu trabalho, em seu desempenho profissional e na sua produtividade (KASSAR, 1999).

A partir de 1975 fica insustentável manter o regime militar e a pressão ao governo é reforçada pelo ressurgimento dos movimentos sindicais, que vêm a reboque da anistia, em 1979. E, mais uma vez, os idosos de hoje eram: os ativistas da esquerda, os militares, os trabalhadores, os sindicalistas, enfim, eram os homens e as mulheres que escreviam mais uma vez a história do Brasil.

Em meio a essa turbulência e tentativa de restauração de uma democracia, o Brasil mergulha em uma profunda crise econômica e, no final dos anos 80, as eleições trouxeram, de forma candente, as questões da representatividade, da democracia, do poder. Com uma política econômica voltada para o pagamento da dívida externa, pressionada pelo sistema financeiro, a elite intelectual assume o poder e se rende sem limites aos ditames internacionais (MOREIRA & SILVA, 1999).

E é nessa conjuntura que os trabalhadores de ontem e os idosos de hoje, inclusive os que constituem este objeto de estudo, saem do mercado de trabalho na condição de aposentados ou não e continuam sendo os homens e as mulheres, agora envelhecidos, mas, ainda do Brasil. É significativo relatar que estes sujeitos, naquele momento histórico, hoje envelhecidos, desenvolviam atividades físicas não sistematizadas, ou seja, a própria forma como se estruturava o trabalho fazia como que o homem tivesse

uma vida fisicamente mais ativa. Isso, no entanto, acontecia tanto no meio rural como nas cidades. O fato de andar grandes distâncias, mensuradas em “léguas” ou transportar materiais pesados eram atividades que exigiam força e agilidade. Devemos considerar ainda que naquele momento a educação física sistematizada, quer seja em escola ou outros espaços, era pouco difundida, pela ausência inclusive de instituições formadoras de profissionais. Essa situação acaba então por criar um segmento populacional, com baixa identificação cultural com a atividade física na forma como ela se apresenta neste momento.

Finalizando, utilizamos um questionamento de CANÔAS&DONATO (1996 p. 457): *“O que esperar desses homens e mulheres, envelhecidos em sucessivos períodos governamentais de tradição protecionista, quando se tirou a possibilidade mais sofisticada da inteligência humana, que é a de conhecer a realidade, criticá-la, refletir, tomar decisões, enfim, ser sujeitos da história?”*.

1.5 As instituições sociais de ajuda na velhice

Antes da instituição religiosa, mais precisamente do cristianismo, os seres humanos agiam por impulsos humanitários que os faziam oferecer socorro àqueles que não pertenciam ao seu círculo imediato.

Existem relatos de formas de "ajuda" aos necessitados normalizadas no Código de Hamurabi e segundo ANDER-EGG (1995), lá se estabelecem algumas normas sobre a ajuda ao desprovido e sobre a ética das relações sociais.

As obras de caridade e ações humanitárias desenvolvidas junto aos “pobres” e desvalidos, e aí em algumas sociedades vamos encontrar os idosos, os grandes grupos religiosos (judaísmo, islamismo e cristianismo) formaram as primeiras instituições de ajuda e de assistência aos necessitados, (ANDER-EGG 1995).

Nos séculos XVII e XVIII, acreditava-se que os indivíduos que de alguma forma causavam algum tipo de temor ameaça ou constrangimento, tais como, os indigentes, vagabundos, os preguiçosos, os incapazes físicos ou mentais, as prostitutas, os loucos e os “velhos” desamparados, deveriam ser escondidos em um espaço isolado da sociedade (CARLO, 1999).

Aqueles estabelecimentos sociais segundo GOFFMAN (2001, P.16), foram

“chamados de instituições totais e são criadas para cuidar de pessoas que, segundo se pensa, são incapazes e inofensivas”.

A pretexto de serem cuidadas, estas pessoas eram recolhidas, e o que se fazia de fato era isolá-las de qualquer tipo de contato social, visando proteger os demais membros da sociedade contra os “perigos” que as mesmas poderiam representar. Os locais descritos por CARLO (1999), ou os depositários desses indivíduos, se constituiriam mais tarde nos antigos leprosários da Idade Média, e tais marginalizados sociais sofriam ações punitivas, dentro de um regime semicaritativo e semipenitenciário.

Relata ainda que, *“as instalações dos asilos se justificavam mais pelas exigências de ordem social que pelas necessidades terapêuticas de isolamento(...) como aparelhos marcadamente segregativos, muitas vezes foram usados pela Igreja e pela realza como instrumento de neutralização de inimigos políticos”* (CARLO1999, p.18).

Ainda no século XVIII outros espaços foram criados. O poder real francês cria os chamados “depósitos de mendigos”. Neste novo espaço, um número significativo de idosos foi “acolhido” CARLO (1999).

Na Idade Moderna, com a progressiva secularização da sociedade e o auge do individualismo, a organização das obras de caridade começa a deixar de ser de domínio exclusivo da Igreja.

No entanto, no século XIX ocorre uma transformação em que a beneficência e a filantropia substituem as obras de caridade, mas a ação social voltada aos mais necessitados continua sendo motivada pelas religiões.

Born (1996) diz não ter conhecimento de nenhum levantamento que possa traçar o perfil das instituições asilares no Brasil, exceto um estudo realizado em 1984, por Hôte, sociólogo francês que fez um estudo extensivo sobre os programas voltados para esse grupo etário no país.

Historicamente, os trabalhos realizados envolvendo a população de idosos no Brasil, segundo Costa (2002), tem sua origem na Sociedade São Vicente de Paulo-SSVP,

organização católica formada por pessoas caridosas, fundada em 23 de abril de 1833 por Frederico Ozanam, na Universidade de Sorbone/Paris-França.

Esta organização surgiu em resposta aos incrédulos, que provocavam os católicos com indagações sobre a ação caridosa tanto divulgada pelos seus integrantes.

As suas obras de caridade iniciaram, portanto, com visitas às famílias, moradias e pessoas que contribuíam com o fornecimento de alimentos, roupas e disposição com relação ao afeto, onde as pessoas doariam, além de bens materiais, algumas horas de serviços humanitários nestes locais de acolhimento; são os chamados trabalhos de caridade. Este pequeno grupo espelhou seus trabalhos, tendo como referência o "Pai da Caridade", São Vicente de Paulo (1581-1660), que, na sua época, dedicava seu tempo inteiramente aos desprovidos de bens materiais e incrédulos da fé.

Posteriormente, foram surgindo outros grupos similares por todo o mundo, mais especificamente na França, Portugal dentre outros.

No Brasil, a continuidade desse trabalho de benevolência aconteceu de forma a aliviar os sofrimentos do próximo, no qual não era considerada, pelo menos aparentemente, a questão étnica, nacionalidade, opção política, religiosa e social.

A primeira unidade Vicentina fundada em território brasileiro foi a Conferência São José, no Rio de Janeiro, em 04 de agosto de 1872, e teve como marco as damas de caridade de São Vicente de Paulo, através das Santas Casas de Misericórdias que demonstravam uma devota e dedicada atuação às pessoas carentes, dentre estas, aos idosos.

De acordo com ANDER-EGG (1995), outras sociedades beneficentes surgiram e se engajaram nesta ação quase sempre de acolhimento de pessoas pobres e desamparadas, nos conhecidos asilos de mendicidade, tais como: Casas Maçônicas, Associações Religiosas de diferentes credos, dentre outras, que foram se engajando nessas ações sociais, num trabalho de assistência no início do Século XX.

Mais especificamente, nas últimas décadas desse mesmo século, especialmente nas regiões sul e sudeste, proliferaram as chamadas "casas de repouso". Tais instituições também são conhecidas como: casas da vovó, recantos, ancianatos, abrigos de velhos, casas dos velhinhos, casas de idosos, solares da maior idade etc.

A multiplicidade terminológica é concomitante à heterogeneidade da qualidade dos

serviços prestados.

Estas instituições variam de um simples abrigo, onde o velho apenas come e dorme, às instituições altamente organizadas e adaptadas às Normas de Construção e Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas, Portaria nº 810/89 do Ministério da Saúde/Brasília⁵.

Assim, a assistência asilar no Brasil apresenta uma tradição fortemente marcada pela Igreja e pela filantropia, que segundo ABBAGNANO (1999) corresponde a uma atitude de ajuda e benevolência aos menos favorecidos.

Com a implementação da Lei Orgânica de Assistência Social/LOAS, 1993 pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, em 07 de dezembro⁶ deste ano, o país esboça um avanço na área social, pois prevê para a área institucional o desenvolvimento e a promoção de ações que garantam canais de acesso para uma atuação menos paternalista junto às instituições de longa permanência, ou os chamados “abrigos de velhos” no país.

Um extenso trabalho de humanização dos abrigos é desenvolvido através de entidades de interesse gerontogeriátrico, tais como: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia/SBGG; Associação Nacional de Gerontologia/ANG. Estas e outras entidades dão início ao processo de humanização e reorganização de diversas instituições asilares, na forma direta, assumindo unidades, ou indiretamente, através da qualificação de recursos humanos, com a organização de cursos de Gerontologia em suas diversas áreas de atuação.

Tais ações visam basicamente estimular a inter-relação, o convívio, o respeito, a individualidade, a autonomia e a independência dos idosos institucionalizados, fortalecendo na medida do possível laços familiares e novas perspectivas de viver melhor, mesmo institucionalmente.

Born (1996) comenta que, em determinadas situações, a institucionalização é inevitável, sendo inclusive, por vezes, um recurso necessário à sobrevivência do indivíduo.

Observamos, entretanto que, em nossa sociedade, essas instituições, de acordo com GOFFMAN (2001, p22), “*são verdadeiras estufas para mudar pessoas; cada uma é*

5

As normas para construção de casas de repouso, abrigos e locais de atendimento gerontogeriátrico devem obedecer às instruções normativas desta Portaria.

⁶ A LOAS, Lei Orgânica da Assistência Social, nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993 regulamentou alguns direitos institucionais dos idosos.

um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu”. Segundo o autor, a estabilidade da organização pessoal do sujeito que chega a uma instituição, era parte de um esquema amplo, enquadrado em uma organização civil que confirmava uma concepção tolerável do eu e permitia mecanismos de defesa, exercidos de acordo com suas possibilidades e vontades, conflitos, dúvidas, e fracassos. Ele chega ao local com uma percepção de si mesmo que se formou a partir de algumas disposições sociais estáveis no seu meio doméstico. Assim, conclui o autor:

Ao entrar na condição de institucionalizado de longa permanência, ele é imediatamente despido do apoio dado por tais disposições e uma série de rebaixamentos e degradações, humilhações e profanações do eu se iniciam. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. Começa a passar por algumas mudanças radicais em sua carreira moral, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele. (GOFFMAN (2001 p.24)).

A barreira colocada entre o institucionalizado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu. Ainda de acordo com o autor, as mudanças continuam, pois na vida civil:

A seqüência de horários dos papéis do indivíduo, tanto no ciclo vital quanto nas repetidas rotinas diárias, assegura que um papel que desempenhe não impeça sua realização e suas ligações em outro. Nas instituições totais, ao contrário, a participação automaticamente perturba a seqüência de papéis, pois a separação entre o internado e o mundo mais amplo dura o tempo todo e pode continuar por vários anos. Por isso ocorre o despojamento do papel. (GOFFMAN, 2001, p.24).

Em diversas instituições esse despojamento pode acontecer com a proibição das visitas vindas de fora e as saídas da mesma, o que assegura uma ruptura inicial com papéis anteriormente estabelecidos pelo sujeito e uma possível avaliação das perdas destes papéis.

GOFFMAN (2001) acrescenta que, quando a institucionalização acontece voluntariamente, o sujeito já parcialmente estava afastado de seu mundo doméstico; o que vai ser definitivamente cortado pela instituição. Já no momento da admissão é possível se perceber processos de perda e mortificação do sujeito.

Freqüentemente se verifica que os procedimentos utilizados são de arrumação para um melhor enquadramento do mesmo ao local de acolhimento, onde o novato ao ser despido de suas roupas usuais, ter os seus cabelos cortados em um corte diferente; ser

despojado de seus bens pessoais; receber roupas da instituição; receber instruções e regras das rotinas diárias, o codifica num objeto que pode ser colocado dentro da máquina administrativa do estabelecimento que o acolhe, portanto, pronto para ser modelado pelas operações de rotina.

Esse momento de admissão institucional pode ser caracterizado segundo o autor, como uma despedida e um começo. Neste processo, acontece uma perda de propriedade, o que é importante porque as pessoas atribuem sentimentos do eu àquilo que possuem. Talvez a mais significativa das posses seja o nosso nome e segundo GOFFMAN essa perda, tão comum no meio institucional, pode ser uma grande mutilação do eu. Ao ser institucionalizado e ser despojado de seus bens, a instituição normalmente providencia algumas substituições, entretanto, estas são padronizadas e uniformemente distribuídas e claramente marcadas como pertencentes à instituição e não ao sujeito. O conjunto de bens que o indivíduo carrega no momento da institucionalização tem uma relação muito grande com o eu.

A pessoa, em qualquer instância, segundo o autor, espera ter um certo controle sobre sua aparência, na forma como irá se apresentar ao outro e a si mesmo. Para isso, seus objetos de uso pessoal são tão significativos. Os cosméticos, as agulhas, as linhas, suas roupas íntimas e instrumentos para pequenos reparos e consertos além de objetos de uso diário e pessoal são tão significativos.

Observa inclusive que a falta de locais para guardá-los é um transtorno para estas pessoas, ou seja: *“o indivíduo precisa de um estojo de identidade para o controle de sua aparência pessoal”*.(GOFFMAN, 2001p. 28).

Tudo isso pode ser tirado do indivíduo no momento da institucionalização, o que pode provocar desfiguração pessoal e impedir muitas vezes que o mesmo apresente aos outros uma imagem usual de si mesmo. Neste processo, após a admissão, a imagem que ele apresenta de si mesmo pode ser alterada por outras formas institucionais e que também podem mortificar o seu eu.

Alguns exemplos neste caso são dados por GOFFMAN (2001, p.30), ou seja, *“a necessidade de pedir algo, importunar, ou humildemente pedir coisas pequenas, fogo para o cigarro, um copo d’água ou permissão para usar o telefone e até mesmo ir ao banheiro”*.

Acontecem ainda outras formas de mortificação com extrema violação do eu

que podem ser percebidas no processo de institucionalização, o que ele chama de “*exposição contaminadora*”, ou seja, são violadas as fronteiras que o indivíduo estabelece entre o seu corpo e seus objetos, suas ações imediatas, seus pensamentos.(GOFFMAN 2001, p.31). As informações contidas no dossiê que fica à disposição da equipe e os fatos desabonadores logo são de conhecimento geral e se tornam fontes alimentadoras de comportamentos que serão estigmatizantes (GOFFMAN, 1975 b).

Outros aspectos de mortificação e de contaminação do eu pode acontecer no momento do banho, que em situação institucional é quase sempre coletivo. Uma outra forma comum descrita pelo autor está “*nas queixas*” sobre a alimentação, na desordem local, toalhas sujas, sapatos e roupas impregnados com o suor de quem usou antes, privadas sem assentos e instalações sujas para o banho” GOFFMAN (2001 p.32).

Em resumo, pode-se dizer que, ainda, muitas instituições parecem funcionar como depósitos, mas que usualmente se apresentam ao público como sendo organizadas, conscientemente planejadas para atingir determinadas finalidades. O autor sugere que uma instituição realmente comprometida com o sujeito que acolhe deve saber interpretar o que exclui e o que deforma, e saber ainda, qual a diferenciação típica dentro de cada um dos dois grupos. Para tal ação sugere GOFFMAN (2001) que alguém da equipe deverá saber lidar com visitantes e outras relações dos internados e também passar grande parte do tempo em contato direto com os mesmos, dando atenção sistemática a essas diferenças no interior das categorias.

Estes modelos de atendimento institucionais apontados por GOFFMAN (2001), têm sido ao longo dos anos o retrato de inúmeras instituições de longa permanência não só em nosso país, mas em outros que assistem não só idosos, mas também, deficientes, doentes mentais e outros indivíduos que necessitam cuidados institucionais.

Temos claro neste momento que, existe uma inequívoca intenção de rompimento com algumas posturas neste tipo de atendimento. Especificamente, no que diz respeito ao atendimento gerontológico, alguns projetos já em andamento no país, rompem com essa forma arcaica de atendimento institucional e apontam caminhos inovadores, tais como, o hospital dia, o centro dia, as casas lares, os centros de convivência, entre outros.

Neste sentido, apresentaremos no próximo item, um modelo de atendimento institucional de longa permanência que rompe com formas tradicionais de institucionalização de longa permanência, mas que sabemos ainda, apresenta problemas, pois, o ideal de qualquer forma, seria a manutenção do indivíduo dentro do contexto familiar.

1.6 VILA VIDA: Um novo modelo institucional de longa permanência

A Vila Vida é uma unidade gerontológica, que busca superar o estigma da institucionalização. As políticas sociais para a humanização do atendimento institucional voltado a pessoas idosas da Organização das Voluntárias de Goiás/OVG são executadas através do Abrigo Sagrada Família e da Vila Vida, sendo esta última o universo deste estudo.

A Vila Vida, enquanto unidade gerontológica, é uma experiência pioneira de atendimento em sistema institucional aberto, voltada a pessoas idosas com autonomia funcional e procura garantir a essas pessoas o direito a uma vida independente e com autonomia.

A unidade Vila Vida de Goiânia foi criada em 1992, e mais outras dez no Estado de Goiás foram criadas a partir de 1997. A unidade de Goiânia foi reorganizada em 1995, e a reformulação de seus programas e serviços fundamentam-se nas normas de construção de casas geriátricas, além do preconizado pela Lei. 8842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso/ PNI.

Essa conquista se deu por um somatório de atitudes: criação de um ambiente físico adequado, respeito à individualidade e privacidade, qualificação gerontológica do grupo gestor e conseqüente valorização do idoso.

Pelos motivos ora expostos, e também por outros de expressão na área social, a Vila Vida foi considerada pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; Ministério da Saúde/Programa Saúde do Idoso; Secretaria de Saúde do Governo do Estado de Goiás; Centro Ibero-latinoamericano de Evaluación Funcional Del Anciano/ Ciudad de La Havana/ Cuba, como um modelo em termos de acolhimento asilar.

A entidade mantenedora da Vila Vida é a Organização das Voluntárias de Goiás -OVG, que é uma instituição de caráter assistencial filantrópico e foi fundada em

1947. A Vila Vida oferece dois tipos de atendimento: os sujeitos que têm onde residir são admitidos como frequentadores do Centro de Convivência, e aqueles que não têm residência são acolhidos como moradores.

É garantido a todas essas pessoas o direito ao trabalho, como forma de manutenção da autonomia, através das oficinas laborativas de costura, bordado e artesanato, dos serviços internos de manutenção e incentivo aos pequenos negócios particulares. O cultivo de uma horta medicinal, além de atender a fins ocupacionais, também resgata uma importante tradição regional, que é o cultivo de plantas medicinais.

A unidade Vila Vida conta com uma equipe operacional qualificada nas diversas áreas de atendimento gerontológico. Reforçam a cada dia orientações para o autocuidado e promove atividades sócio-educativas permanentes, para estimular os moradores e os frequentadores a buscarem sempre melhor qualidade de vida.

As atividades físicas e recreativas, as reuniões semanais em que o dia a dia da instituição é discutido por todos, o curso de alfabetização, além dos cuidados com a higiene no salão de beleza, fazem da Vila Vida uma comunidade voltada para que cada velho desfrute uma vida mais digna, mesmo vivendo institucionalmente.

A unidade Vila Vida possui 30 casas de cerca de 45 m², sendo que cada casa abriga dois moradores, com sua capacidade total de acolhimento de 60 pessoas. Apresenta em sua estrutura física: 01 sala de alfabetização; 02 salas de trabalhos ocupacionais; 01 sala de cuidados pessoais; 04 salas técnicas - administrativas; 01 sala de atendimento de enfermagem; 01 salão comunitário; 02 piscinas aquecidas; áreas externas para caminhadas e quiosque para jogos de salão.

O Centro de Convivência de Idosos/CCI - Vila Vida, onde frequentam cerca de 400 pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, possui um tipo de atendimento em meio aberto destinado a pessoas idosas ou na meia idade. O Centro de Convivência tem como objetivo estimular a inter-relação e o convívio social das pessoas idosas e em processo de envelhecimento.

A unidade Vila Vida, com o desenvolvimento destas ações estimula um melhor índice no nível esperado da qualidade de vida e o bem-estar de cada sujeito, através da oferta de moradia, trabalho compatível com a volutividade e funcionalidade do sujeito, das ações preventivas de patologias crônico-degenerativas, além da participação e do convívio social.

Esses são, portanto, alguns dos indicadores de que o projeto Vila Vida de modo geral tem contribuído para facilitar as vivências e a manutenção de papéis sociais das pessoas idosas, entretanto, ressaltamos que, mesmo sendo um modelo diferenciado, apresenta pontos vulneráveis. Como exemplo citaremos algumas dificuldades existentes: problemas nas relações sociais entre os idosos quanto à moradia; dificuldades na triagem; alta rotatividade; não cumprimento de algumas normas do comodato (Ex.uso de bebidas alcoólicas); entre outros. Estes fatos demonstram que este projeto não deve ser considerado pronto e acabado, ao contrário, deve ser, continuamente avaliado para adoção de posturas que possam evitar rotinas equivocadas e que levem a uma caracterização de instituição total tradicional.

CAPÍTULO II – IMAGEM CORPORAL, VELHICE E ATIVIDADES FÍSICAS

2.1 Imagem corporal

Território construído por liberdades e interdições, e revelador de sociedades inteiras, o corpo é a primeira forma de visibilidade humana. O sentido agudo de sua presença invade lugares, exige compreensão, determina funcionamento sociais, cria disciplinamentos e desperta inúmeros interesses de diversas áreas de conhecimentos (...) Território biológico quanto simbólico processador de virtualidades infindáveis, campo de forças que não cessa de inquietar e confortar, o corpo talvez, o mais belo traço da memória da vida. Verdadeiro arquivo vivo, inesgotável fonte de desassossego e de prazeres, o corpo de um indivíduo pode revelar diversos traços de sua subjetividade e de sua fisiologia, mas, ao mesmo tempo, escondê-los. Sendo uma evidência que acompanha todo ser humano, do seu nascimento à morte, o corpo é, contudo, finito, sujeito a transformações nem sempre desejáveis ou previsíveis. Ao longo dos anos, mudam suas formas, seu peso, seu funcionamento e seus ritmos, talvez, por isso mesmo, não seja certo que todos os seres humanos estejam completamente habituados com seus corpos e satisfeitos com o seu desenvolvimento. O corpo de cada um pode parecer extremamente familiar e concreto em certos momentos, mas em outros, bastante desconhecido e abstrato (SOARES, 2001, p.3-4).

Com essa citação de SOARES (2001), que descreve as inúmeras transformações a que nosso corpo está sujeito, iniciamos o nosso texto sobre imagem corporal, observando que, no cotidiano, as pessoas geralmente são tratadas como objetos, como se o corpo não compusesse a sua estrutura existencial. Como se as inúmeras transformações ocorridas não tivessem uma relação com o meio e fossem frutos somente do tradicional enfoque patológico.

Após essas breves considerações, tentar-se-á neste momento articular alguns conceitos que possam clarificar o entendimento de imagem e corpo, enquanto provido de significação, tentando, desta maneira, dar um significado à Imagem Corporal e sua construção no corpo envelhecido.

A concepção de corpo na filosofia antiga pode ser compreendida nos relatos de Homero, que associava o alto valor heróico à força física e à noção de virtude e ainda a condutas cavalheirescas. Nesta época, a dualidade atribuída a Platão já pode ser percebida, pois:

Essa crença que Homero compartilha com várias culturas primitivas trata a idéia de que o homem vivo abriga em si outro Eu e essa existência seria atestada pelos sonhos quando o outro eu se desprende, podendo envolver outros duplos(...) Para Homero, a alm (psyché), uma vez desligada, permanece como a imagem que, mesmo guardando semelhança com o corpo, carece de consciência própria porque não conserva as faculdades espirituais(MEDEIROS, 1998, p.35-36).

De acordo com relatos da autora, tais informações que remontam há cerca de três mil anos, permanecem atuais em nossa cultura, no que relaciona à dicotomia corpo e alma. A dualidade socrática do corpo foi percebida nos escritos de Platão, visto que Sócrates nada deixou escrito. Em seu julgamento de corpo, ele afirma que: *Não tenho outra ocupação a não ser de vos persuadir a todos, tanto velhos como novos, de que cuideis menos de vossos corpos e de vossos bens do que da perfeição de vossas almas, e a vos dizer que virtudes não privem de riquezas...*(PLATÃO In MEDEIROS, 1998, P.38).

Platão também fala de um corpo que seria uma cópia imperfeita de uma alma, uma vez que a esta ainda não está incorporado o sentido cristão que lhe foi atribuído ao longo da história (MEDEIROS, 1999).

Na filosofia medieval, os gestos e as formas foram reprimidos, e a gestualidade era considerada altamente suspeita (LE GOF in MEDEIROS 1998). O corpo valorizado era o corpo discreto, os gestos sóbrios como os preconizados pelos homens da Igreja, além de ser difundida a imagem do corpo guerreiro, como um instrumento bélico. Essa concepção reforça o dualismo cartesiano ou a dissociação do corpo e mente que, ainda hoje, dificulta a compreensão do homem em sua totalidade (MEDEIROS, 1998).

O corpo, na percepção de Marcel Mauss, é enfocado como um objeto da Antropologia. Segundo MAUSS in PELLICER (1994 p.23), “o corpo aprende e é cada sociedade específica em seus diferentes momentos históricos e com sua experiência acumulada que o ensina”.

Desta maneira, em todos os seus movimentos: andar, comer, dormir, olhar, a

sociedade em que vive estaria expressa.

Uma abordagem mais cultural da Antropologia Americana é dada por Margareth Mead in PELLICER (1994 p.25), que diz: “*o corpo é a expressão da cultura*”. Ou seja, cada cultura vai expressar diferentes corpos porque se expressa diferentemente enquanto cultura, pois cada sociedade pressiona seus indivíduos a fazerem determinados usos de seus corpos e a se comunicarem com eles de forma bastante particular; assim, por meio dessa pressão, a marca da estrutura social imprime-se sobre a própria estrutura somática individual. É interessante o exposto pelo autor, pois evidencia que mesmo o sistema biológico é afetado pelos valores, pela ocupação e por outros intervenientes sociais e culturais.

MERLEAU PONTY (1999), em sua visão filosófica e contemporânea do corpo, buscou uma nova forma de compreender o corpo que evitasse os extremos fisiológicos de um lado, e o psíquico vitalista do outro, os quais, para o autor, distorcem a existência humana. Segundo ele, tais abordagens reduziram a experiência do corpo a representações ou imagens mentais, ou a fatos psíquicos que resultam de eventos objetivos ocorridos no corpo, levando a explicações inadequadas das experiências reais. MERLEAU PONTY (1999) fala de um corpo vivido, que aparece na noção de uma consciência perceptiva solidária, maneira pela qual, diz, nos instalamos no mundo, ganhando e doando significação. Um corpo que olha para todas as coisas, mas que também se olha e se reconhece naquilo que vê, ou seja, ele se vê, vendo, ele se toca, tocando.

Assim após estas constatações sobre o corpo nas visões da Antropologia, da Sociologia e da Filosofia, vejamos o que Antônio Damásio chama de as “invariâncias” significativas do organismo na organização das imagens.

Neste aspecto, ele faz uma reflexão: *Cada pessoa tem um corpo. Podemos nunca ter dado importância a essa relação simples, mas é assim que é: uma pessoa, um corpo; uma mente, um corpo – esse é o princípio básico*” (DAMÁSIO, 1999, p. 186).

E continua:

Aquilo que define uma pessoa, requer um corpo, e que um corpo gera uma mente. A mente é tão estritamente moldada pelo corpo e destinada a servi-lo que somente uma mente poderia surgir nesse corpo. Não uma mente que não tenha corpo, não há corpo que tenha mais de uma mente (Ibidem, p.187).

Percebe-se nessas constatações que o fato de ser uma mente única, a mesma não se constitui em uma estabilidade inabalável; ao contrário, ela é continuamente reconstruída no âmbito de células e moléculas. O autor sugere ainda que essa incessante construção e demolição vão além da perecibilidade e da renovação. Para ele, se os nossos “tijolos” construtivos são gradativamente substituídos, o nosso projeto arquitetônico das diversas estruturas do organismo é mantido, como se dentro de cada um existisse um BAUPLAN para a vida, e nossos corpos são BAUHAUS⁷.

Assim, todo o edifício biológico, complementa o autor, composto de células, tecido, de órgãos a sistemas e imagens, é assegurado pela necessidade de manter distante uma possível interrupção nesse processo.

Na busca de uma compreensão mais significativa do termo Imagem Corporal, a partir das elucidações feitas sobre o corpo, buscamos nos estudos desenvolvidos por Paul Schilder o referencial de base para o entendimento da imagem que cada pessoa tem de seu próprio corpo.

Antes de iniciarmos esse diálogo com Schilder, observa-se que autores de áreas diversificadas, como psicologia, neurologia, filosofia e educação física, têm demonstrado um interesse a respeito das questões psicológicas do corpo. Os neurologistas foram os primeiros a notar que as percepções corporais são organizadas, mas, nem sempre de forma correta, descobrindo grandes problemas em movimentos corporais causados por danos cerebrais.

LE BOULCH (1998) discute a imagem do corpo não como uma função, mas sim como um conceito de extrema utilidade, que deverá servir de guia para uma melhor compreensão do desenvolvimento psicomotor através de suas diversas etapas. Ele apresenta diversos casos de sintomas neurológicos apresentados por pacientes, e estes, segundo reporta, alteram as condições da Imagem Corporal do indivíduo.

Afirma, ainda, que a imagem do corpo representa uma forma de equilíbrio entre as funções psicomotoras e a sua maturidade, constituindo, portanto, um conjunto funcional que é estruturado através de relações mútuas do organismo e do meio, favorecendo o desenvolvimento da personalidade. Ele emite a hipótese de que “o objeto principal da

⁷A influente escola alemã de arquitetura BAUHAUS celebrou-se pela idéia de que o uso de um edifício deve determinar sua forma (DAMÁSIO, 1999, p.188).

educação psicomotora é precisamente ajudar a criança a chegar a uma imagem do corpo operatório” (Le Boulch, 1998, p.17), que concerne não só ao conteúdo, mas também à estrutura da relação entre as partes e a totalidade do corpo, e uma unidade organizada, instrumento da relação com a realidade. É da qualidade e da quantidade das trocas entre o corpo e o meio que irão fluir os processos de relação com as motivações, com a intencionalidade e com a afetividade, o que possibilitará em um processo maturativo o alcance da imagem do corpo. Segundo o autor, a Imagem Corporal é, portanto, uma importante aliada para a compreensão do desenvolvimento psicomotor.

Um outro enfoque nos é dado por FELDENKRAIS (1992) ele lembra que a nossa auto-imagem governa nossos atos, sofrendo a influência de outros fatores. O primeiro seria a hereditariedade, que garante a cada ser uma individualidade na estrutura física, na aparência e nas ações. Um outro fator é a educação, que são as regras sociais que nos fazem semelhantes. E por fim, seria a auto-educação, denominada por ele de força ativa da individualidade, que será determinante na aquisição ou rejeição da influência externa.

Após estas abordagens, retomamos Paul Schilder, que, em 1935, ao publicar a Imagem do Corpo – Energias Construtivas da Psique, demonstra uma visão avançada para aquele momento histórico. Seu estudo sobre a imagem que cada um tem de si próprio procura compreender a articulação da realidade biológica, libidinal e sociológica. Relaciona o modelo postural sem a rigidez definida pelos neurologistas, dando à vida afetiva uma importância até então nunca vista. Afirma o autor, em suas anotações, que é possível incorporar à nossa imagem corporal parte do corpo de outras pessoas, podendo alterar completamente a sua percepção, copiando a “imagem dos outros”, identificando com eles, induzindo-nos a uma atitude particular a respeito de certas partes deste corpo.

SCHILDER (1998) chama de imagem corporal o retrato de nosso corpo formado em nossa mente. Esse retrato seria elaborado através das sensações que são dadas para nós, ou seja, da maneira que vemos o nosso corpo, através das sensações táteis, das impressões olfativas e de dor, das sensações térmicas, das inervações, dos músculos e das vísceras. Segundo ele, o esquema corporal é uma imagem tridimensional que temos de nós mesmos e incluem, na elaboração da imagem corporal, elementos conscientes e inconscientes, sofrendo influências dos desejos, das atitudes emocionais e das interações com os outros e com o meio.

Segundo SCHILDER (1998), não é só a questão patológica que tem pertinência à imagem corporal, mas também todos os eventos da vida. A postura corporal está diretamente relacionada à imagem corporal e, segundo o autor, está em constante transformação.

A imagem corporal para ele é constituída por três estruturas que se inter-relacionam continuamente: a fisiológica, a libidinal e a sociológica.

A estrutura fisiológica seria a responsável pelas organizações anatomofisiológicas que dispõem o arcabouço ósseo, muscular, nervoso e hormonal em suas inter-relações particulares a cada indivíduo. Incluem-se nesta estrutura as contribuições geneticamente herdadas e as modificações sofridas pelas funções somáticas durante fases anteriores da vida do sujeito.

A estrutura libidinal é considerada como o conjunto das experiências emocionais, vivenciadas nos relacionamentos, desde a gestação. Aqui o conceito de libido refere-se à quantidade de energia investida em determinado órgão ou função e liga-se indiretamente com o grau de satisfação que o indivíduo tem consigo mesmo.

E a estrutura sociológica, derivando-se parcialmente dos intercâmbios pessoais, a imagem corporal está formada também à base da aprendizagem dos valores culturais e sociais. Esta estrutura aborda especialmente os motivos pelos quais as pessoas de um grupo tendem a valorizar certas áreas ou funções, o papel das vestes e dos adornos na comunicação social, assim como do olhar e dos gestos.

Uma observação final, feita por SCHILDER (1998), é que sempre temos uma forte tendência em observar nosso próprio corpo, tanto quanto o corpo dos outros, e que, além de observar, existe o desejo de conhecê-lo através do tato, da tendência de gostarmos de sermos vistos pelas outras pessoas, confirmando mais uma vez ser a imagem corporal um fenômeno social.

2.2 Imagem corporal e velhice

A imagem corporal dos idosos ajusta-se gradualmente ao corpo durante o processo de envelhecimento, porém, pode sofrer alterações, devido aos comprometimentos patológicos ou devido a distúrbios da motivação que podem afetar alterações no movimento (MONTEIRO 2001). Muitos declínios físicos encontram-se associados a uma perda de interesse por parte dos idosos em manter-se ativos para a busca da realização de seus objetivos. Estes, mesmo que sejam simples, são essenciais à continuidade da vida. Quando os idosos são capazes de mantê-los, o risco de perderem a direção de seus movimentos rumo a novas experiências fica reduzido.

MONTEIRO (2001) afirma que a manutenção de objetivos é o que o manterá conectado com o mundo. Através das relações de troca com o meio será possível agregar significados à sua construção pessoal, mantendo assim a integridade de sua imagem corporal. Complementa: *Através do conhecimento de uma imagem corporal, que serve de base à execução dos movimentos, conseguirá realizar-se em suas experiências, adquirindo subsídios para o contínuo preenchimento da própria imagem corporal* (MONTEIRO, 2001, Pp.119).

Esse processo deverá possibilitar ao idoso realizar os seus movimentos de forma adequada e também adquirir mais conhecimentos de si mesmo. O idoso que se encontra limitado de expressão através de seu corpo poderá sofrer lacunas em sua imagem corporal, gerando o que Monteiro chama de “apagamentos”, criando novas memórias motoras, caracterizadas por movimentos deficientes.

Esta “deficiência” pode estar associada a: crenças pessoais e de outras pessoas, ou os valores, que reforçam no “outro” o estigma da velhice.

Os idosos, portanto, deveriam perceber que as mudanças em seus corpos fazem parte de um processo pessoal e possível, e para tal, será necessária uma reflexão contínua sobre todas as interpretações a respeito de suas próprias crenças e mitos sobre a velhice.

Esse processo de mudanças espera-se que seja um projeto pessoal e os idosos poderiam então participar da descoberta de suas próprias condições, ou seja, eles devem perceber a transformação de seus corpos através da mudança das imagens, buscando modelos para se referenciar, descobrindo através do aprendizado que o seu corpo é plástico porque existe uma perpétua construção e reconstrução da imagem corporal e, portanto, as possibilidades de experimentação através do corpo estarão sempre fundamentadas em idéias, ou seja, nas imagens mentais (MONTEIRO 2001).

DAMÁSIO (2000), em sua abordagem sobre imagens, fala inclusive das várias formas de percepção tais como: tato, temperatura, propriocepção, equilíbrio, dor e visceral.

A redescoberta do movimento do corpo envelhecido e que apresenta algum tipo de limitação para o movimento, incapacidade funcional, deficiência, sentimentos de angústia, depressão, reduzida auto-estima, são fontes alimentadoras de uma imagem do corpo distorcida.

Quando os objetivos para a vida são mantidos e a motivação está preservada, os velhos não se fragilizam tanto a ponto de perder a direção de seus movimentos rumo a novas experiências e aprendizados.

É preciso que eles mantenham o senso de pertinência para ter a certeza de estar sempre conectado com o mundo, pois será através destas relações que continuará agregando significados à sua construção corporal.

ARMOZA (1981) relata que os movimentos e as ações corporais nos velhos geralmente se restringem aos limites de seu cotidiano; caracteriza-se pela concretude de suas ações enquanto ligadas às situações exclusivamente vitais como, por exemplo, deitar-se, levantar-se, comer, sentar-se entre outras.

A tendência motriz se evidencia com uma redução grosseira de tudo aquilo que não está relacionado às ações ligadas à sobrevivência. Essa minimização motora representa um marco inicial que pode significar o desligamento efetivo desse sujeito com o mundo e inclusive consigo mesmo, sugere ARMOZA (1981).

2.3 O envelhecimento e as atividades físicas

SIMÕES (1992) diz que o corpo se comunica por gestos e expressões, e é através desta comunicação que ele se revela e a sua história se mostra. Na rigidez postural ou no relaxamento de tensões ele revela o que se passa no interior das pessoas. Os movimentos corporais são, portanto para a autora, os resultados de nossas emoções, sejam elas prazerosas ou não e, no caso das pessoas idosas, o corpo reflete todas as marcas da história vivida, boas ou ruins.

Historicamente, o corpo, por ser a representação da própria vida, revela em seu uso um interesse relacionado ao seu uso, a eficiência e a funcionalidade, bem como nas atividades sociais e culturais desempenhadas. Tais fatos podem ser comprovados pelas inúmeras mudanças anatômicas, no constante combate a patologias e no próprio processo de envelhecimento. (Ibidem, 1992).

Essa situação gerou ao longo da história uma possibilidade determinante de um corpo enquanto objeto e instrumento de poder. Nessa ótica, determina-se que se pode ter corpos que serão manipuláveis, modeláveis, treináveis, dóceis, enfim, passíveis de manipulações que vão impor limitações e acima de tudo obrigações. (FOUCAULT, 1979).

Cria-se, então, uma condição de aprimoramento da disciplina corporal onde o corpo passa a estabelecer políticas de coerção onde estão presentes um trabalho habilidoso e uma calculada manipulação de seus gestos, expressões e comportamentos, o que o torna um instrumento de grande utilidade pelo poder de ameaça que exerce na medida em que se torna uma ferramenta útil (SIMÕES, 1992).

Essa estrutura disciplinar vai sendo construída ao longo da história e os movimentos corporais desenvolvidos naturalmente pelas atividades físicas são substituídos pela robotização, onde o próprio corpo se torna uma máquina de produção, o que consolida nas horas “não produtivas” o sedentarismo. Nessa nova configuração do uso do corpo, a máxima, mente e corpo ganha espaço e grande parte das pessoas deixam de usar o corpo de forma consciente, reforçando que a produção corporal deve se sobrepôr à intelectual (BÁRBARA 1996).

Se observarmos os idosos perceberemos que esses tiveram seus corpos concebidos e comandados por movimentos voltados ao trabalho, onde a ociosidade e o prazer não tinham lugar e que, segundo FOUCAULT (1987), esses corpos foram disciplinados à submissão e exercitados para tarefas específicas e que sob a ótica da educação física o reforço viria na busca da aptidão, pensando em um corpo útil(SANTIN, 1992).

Dentro desse contexto, o corpo do idoso moldado para o trabalho não se ajusta ao não trabalho e sofre ainda a discriminação imposta socialmente de que somente pela aparência de seu corpo é que se pode ter participação social ativa, ou seja, ser consumidor, portanto, não tendo um corpo consumidor ele passa a não ser percebido como um sujeito, mas sim como alguém inabilitado. O que acaba por gerar uma sensação de impotência e de real incapacidade (SIMÕES, 1992).

A superação destes sentimentos que marcam profundamente a vida destes indivíduos passa necessariamente pela atividade física, onde as mesmas deverão contribuir para que as pessoas se libertem de preconceitos na reconquista de sua autonomia e independência.

O processo evolutivo de um programa para pessoas idosas deve ser pautado em objetivos que as estimulem a participar de atividades físicas prazerosas e que possibilitem experiências criativas e as coloquem em contato com o próprio corpo.

Todo indivíduo que tem uma noção de seu corpo compreende que essa percepção é elaborada no cotidiano e será esse conhecimento que permitirá sua projeção ou introspecção social, (VILA & CALVO, 1998).

OKUMA (1998) observa que as ações devem partir de movimentos mais simples de seu cotidiano, do reconhecimento de suas partes corporais já esquecidas (ARMOZA (1981), complementa que esta ação de reconhecimento, ou este movimento deve se iniciar dentro de sua casa, depois partir para seu bairro, sua cidade e enfim, do mundo).

OKUMA (1998) diz ainda que a atividade física, além de contribuir para aumentar a capacidade funcional, poderá superar limites nas inúmeras expectativas que a

vida impõe ao sujeito, nas experiências relacionadas à estética da expressão corporal, na criação de gestos e movimentos, na conquista de melhor auto-estima e no reconhecimento do próprio corpo e de sua imagem corporal.

Os programas a serem desenvolvidos, deveriam ser pautados em objetivos capazes de minimizar situações de perdas vivenciadas no cotidiano destas pessoas, diz SHEPAHRD (1997).

FARIA JÚNIOR (1999), em seus estudos desenvolvidos no Projeto IMMA IDOSOS EM MOVIMENTO MANTÊM-SE ATIVOS/(UERJ), nos diz que a atividade física para pessoas envelhecidas deve estar voltada à melhoria de seu desempenho, em atividades de vida diária, à sua autonomia e independência, pois a perda da independência e da autonomia é um dos fatores que mais determinam a institucionalização, os quadros depressivos e a reduzida auto-estima.

A possibilidade de uma pessoa vir a ter uma vida fisicamente ativa na velhice, ser capaz de tomar suas próprias decisões, de realizar suas atividades de vida diária, são fatores que exercem efeitos positivos sobre o que ela sente, sobre sua auto-avaliação e sobre a sua própria imagem.

O desenvolvimento de diversas atividades para pessoas idosas, na área da educação física, tem sido proposto, de acordo com FARIA JÚNIOR (1999, p.137), numa “*categoria conhecida como educação física adaptada*”. Para este autor, é necessária uma reflexão dos conteúdos de ensino propostos tanto na sua forma de apresentação quanto nas atitudes adotadas pelos profissionais frente a seus alunos.

Em uma análise dos conteúdos, repassados a esses profissionais pelas instituições formadoras, FARIA JÚNIOR (1999) relata que, pouco se discutia sobre a velhice e quando acontecia era de forma descontextualizada e isolada.

Assim, na busca de um entendimento do que se discute enquanto Educação Física para pessoas envelhecidas, é preciso refletir sobre os problemas sociais que podem envolver o grupo a que se dirige e a contribuição social da área para a sociedade (RODRIGUES, 1998).

FARIA JÚNIOR (1999) diz que a educação física tem sido fator de uma discussão nos meios acadêmicos e uma nova concepção de homem e realidade se configura como possível, na qual os fenômenos biológicos, psicológicos, sociais e culturais se inter-relacionam e interdependem-se num estado de conscientização.

É nessa perspectiva que ele propõe situar alguns conceitos de saúde e atividades físicas, procurando revelar a incorporação desses para os grupos de pessoas envelhecidas.

Desde a implantação da educação física chamada “especial”, reconhece este autor que, a concepção de tais serviços estava voltada à saúde. Tal prática tem denotado, até então, uma forte influência do modelo higienista⁸ incorporado pelos serviços voltados àqueles que necessitavam atendimento diferenciado, no caso, os deficientes, os “velhos”, conforme a história é testemunha há décadas (SOARES, 1994).

Posteriormente, FARIA JÚNIOR (1999) identifica na Educação Física destinada a esse segmento etário, nos anos 80 e 90, um deslumbramento, desenvolvendo-se o que ele denomina “entusiasmo incoseqüente”. Segundo ele, os primeiros professores de educação física que se aventuravam a trabalhar com os idosos adquiriam a experiência no trabalho específico, ou seja, na própria prática. Era necessária, explícita, uma ação que desmedicalizasse os profissionais da educação física, impregnada de práticas médicas e fisioterápicas, inclusive nas roupas, que eram longos jalecos brancos. Argumenta que “*A educação física da forma como vinha se apresentando, marginalizava certos segmentos, tal qual a sociedade faz com as minorias ou com os mais fracos enquanto grupos constituídos*” (FARIA JÚNIOR, 1999p. 138).

Dentro dessa percepção é que o autor alerta para um dos possíveis equívocos de uma educação física adaptada, em detrimento de uma proposta de atividades físicas apropriadas para pessoas envelhecidas. Entende o autor que algo que seja meramente adaptado para pessoas idosas poderia perigosamente incentivar estereótipos relacionados ao envelhecimento. Como conseqüência, salienta, poderia ocorrer exacerbação ou mesmo generalização do que ele denomina uma possível fragilização dos velhos, colocando-os como um grupo de risco.

Pode-se dizer que a educação física para pessoas envelhecidas deveria ser pautada em uma metodologia que caracterizasse a responsabilidade social de cada um, evitando receitas e armadilhas que vendem o bom envelhecer. O que deve estar claro,

⁸ GHIRARDELLI, P.JR. Educação Física Progressista-A pedagogia Crítico-Social dos Conteúdos e a Educação Física Brasileira. São Paulo: Loyola, 1991.

portanto, é que não existem metodologias específicas para este grupo.

Na área da Educação Física, tradicionalmente existe um entendimento de que ela deve voltar-se para crianças e jovens, entretanto o aumento deste grupo, com necessidades específicas está a cada dia abrindo novas perspectivas de atuação profissional.

FARIA JÚNIOR (1999) considera, para uma melhor compreensão do assunto, algumas modificações conceituais que vêm ocorrendo em nível mundial.

Tradicionalmente, o conceito de saúde é percebido não apenas como ausência de doença, mas de um completo bem-estar físico, mental e social (OMS).

Este conceito, por apresentar um caráter estático, foi bastante criticado e praticamente está em desuso, devido também à sua utópica idéia de bem-estar, a limitação à esfera individual e a uma não referência ao meio ecológico. CAPRA (1982) in FARIA JÚNIOR (1999) acredita que havia uma necessidade de deslocar o eixo exclusivamente biomédico para outro que considerasse as questões sócio-culturais, econômicas e ambientais.

A promoção da saúde, dentre outros entendimentos, pode ser vista como *Intervenção intencional que busca estimular a saúde e prevenir as doenças e as incapacidades (...) Ela integra a educação para a saúde e valoriza a influência das medidas fiscais, legais, econômicas e ambientais.* (TONES, TILFORF, ROBINSON (1990) in FARIA JÚNIOR, 1999, p.13.14).

A saúde física para os idosos, segundo SIMÕES (1992) seria um:

Um fenômeno de importância relevante, evidenciando comprometimentos as algias corporais, alterações orgânicas como a hipertensão, as cardiopatias, os distúrbios digestivos e outros fazendo-se necessária a consciência de um programa adequado de atividades físicas para essa faixa etária, o que na verdade refletirá na diminuição sensível dessas alterações, levando os idosos a se sentirem mais dispostos para a vida de uma forma geral.(SIMÕES, 1992, p.82).

Uma outra concepção de promoção de saúde pode ser concebida como *“um processo de construção de uma autonomia que permita às pessoas (...) controlar a sua saúde”* (WHO, 1984 In FARIA JÚNIOR, 1999, p.14).

FARIA JÚNIOR (1999) se baseia na idéia básica de promoção da saúde, em

princípios relacionados a reconhecer a saúde como dependente de vários fatores, “como: alimentação, ambiente, trabalho, renda, habitação, transporte, liberdade, posse de terra, saneamento básico, acesso aos serviços de lazer e educação” (BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1987 In FARIA JÚNIOR, 1999).

No campo da Educação Física, essa discussão posta na saúde é usualmente feita pela via da aptidão física. A amplitude conceitual da expressão física e o fato da mesma ser empregada no sentido lato, dificultou, segundo FARIA JÚNIOR, sua delimitação conceitual, pois varia de simples atividades de vida diária às mais complexas, como as exigidas na prática de desporto.

A “onda do corpo”, de acordo com SIMÕES (1992), associada a essa amplitude conceitual, possibilita o surgimento de “modelos” de aulas e de atividades físicas sem preocupação com métodos ou ações pedagógicas voltadas a uma maior consciência corporal.

Os idosos excitados com esse processo de midificação da chamada terceira idade, ou “melhor idade”, como querem alguns profissionais, passam a “consumir” a mercadoria, “atividade física”, orientados por valores que são variáveis segundo os apelos publicitários. Essa visão distorcida do corpo envelhecido é reforçada e, para se manter dentro de um contexto social menos excludente, deverá consumir os produtos e ofertas das instituições que oferecem tais serviços, portanto, tende a não pensar nas questões corporais, ou seja, no corpo que se apresenta tal como ele é e não como deveria ser diante de tais apelos. Destaca, entretanto, uma preocupação que esse corpo envelhecido, mas ainda capaz de se apresentar ricamente em experiências motoras, ao não se enquadrar nos modelos de atividades físicas propostos, em face de uma lentidão gestual, de uma estética fora dos padrões, passa a desenvolver uma sensação de “*não ter conseguido, de estar inutilizado, contribuindo para o desaparecimento do bem estar*” (Ibidem, p.78).

No entanto, sabemos que existem algumas propostas pedagógicas efetivas⁹, não voltadas unicamente ao rendimento, onde a busca da superação a qualquer custo, dos próprios limites cede lugar à inter-relação pessoal, à beleza do relacionamento humano, a consciência de se ter um corpo ainda capaz de viver e estabelecer contatos.

⁹ ESQUEMA IMMA (IDOSOS EM MOVIMENTO MANTEM AUTONOMIA) in. FARIA JÚNIOR, A.G. Ginástica, dança e desporto para a terceira idade/Félis d’Avila (Coord.).Brasília: SESI/DN: INDES, 1999.

CAPITULO III – METODOLOGIA

3.1 Metodologia

O delineamento desta investigação foi feito, a partir de uma pesquisa bibliográfica para construção do referencial teórico, seguida de uma pesquisa de campo, utilizando como instrumento de coleta (TAVARES, 2000) a aplicação do teste: A minha imagem Corporal, o original de David Rodrigues (1999) in LOVO (2001).

3.2 Campo de pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida em uma instituição gerontológica do tipo domiciliar aberta, denominada Vila Vida, localizada no município de Goiânia, Goiás. Trata-se de uma entidade governamental coordenada pela Organização das Voluntárias de Goiás/OVG. A mesma assiste pessoas carentes, entre elas, idosos, nas seguintes condições:

- Morador da Unidade residencial Vila Vida;
- Frequentador do Centro de Convivência/CCI;

A idade para ingresso dos sujeitos na instituição é de 60 anos e acontece mediante solicitação:

- Do próprio idoso, de seus familiares ou outros interessados;
- Do Serviço Social da OVG;
- De entidades religiosas, políticas, filantrópicas ou de saúde.

Em seguida à solicitação, é realizada uma triagem. A equipe de profissionais da Unidade Vila Vida avalia as condições sócio-econômicas, familiares e de saúde do solicitante. Esta avaliação é feita a partir de uma análise da condição financeira, considerando ser o indivíduo:

1. Aposentado, com no máximo 01 salário;
2. Não possuir imóveis;

3. Não ser portador de moléstias infecto-contagiosas não tratadas e ou patologias incapacitantes graves.

A questão familiar é bastante considerada e sempre que possível estas relações são preservadas e a possibilidade de manter o sujeito no contexto familiar é exaustivamente considerada pela equipe. Somente esgotadas todas as possibilidades desse atendimento por elementos familiares, é que a vaga é concedida sob regime de comodato.

Quanto à saúde, é necessário que o sujeito apresente independência para Atividades de Vida Diária/AVD e Atividades Instrumentais de Vida Diária/AIVD.

A autonomia e independência são fundamentais para garantir sua permanência na Unidade, pois enquanto morador ele é responsável por sua casa, alimentação e higiene. É necessário também que o sujeito não apresente no momento da solicitação nenhum tipo de incapacidade grave que possa se traduzir em limitações significativas e possíveis dependência de terceiros.

No local funciona um Centro de Convivência, onde pessoas envelhecidas se reúnem em algum período do dia, para desenvolver atividades oferecidas pela Unidade.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos que participaram desta pesquisa foram todos os moradores da Unidade Vila Vida, praticantes de atividades físicas e ainda 20 moradores não praticantes de atividades físicas que se dispuseram a participar desta investigação.

Os freqüentadores do Centro de Convivência/CCI, praticantes de atividades físicas, bem como os não praticantes, foram escolhidos tendo como referencial um cadastro dos sujeitos. Mediante processo de amostragem aleatório o grupo foi então, constituído.

Os sujeitos escolhidos para a pesquisa ficaram assim configurados:

- 20 moradores da Unidade Vila Vida praticantes de atividades físicas/MPAF;
- 20 moradores da Unidade Vila Vida não praticantes de atividades físicas/MNPAF;
- 20 freqüentadores do CCI praticantes de atividades físicas/FPAF;
- 20 freqüentadores do CCI não praticantes de atividades físicas/FNPAF.

3.4 O instrumento de coleta de dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o teste: A minha imagem corporal, o original, desenvolvido pelo professor David Rodrigues (1999) (em anexo). É um teste que além de ser confiável e válido, LOVO, (2001) está direcionado para questões relacionadas com a Educação Física.

O teste focaliza a forma como a pessoa vê e sente o corpo no momento da testagem e avalia questões referentes a 06 itens, a saber:

1. Condição Física;
2. Habilidade Corporal;
3. Saúde;
4. Aparência;
5. Partes do corpo que mais gosto e menos gosto;
6. Coisas que modificaria para se sentir melhor com a aparência corporal.

Submetemos este teste a julgamento a partir da aplicação do mesmo em cinco sujeitos moradores da Unidade Vila Vida e cinco sujeitos frequentadores do Centro de Convivência/CCI. A escolha desses sujeitos foi feita de forma aleatória no universo de velhos não praticantes de atividades físicas que vivenciam a Unidade Vila Vida.

Para a aplicação do teste foram seguidos os procedimentos estabelecidos para coleta de dados e estes ocorreram entre os dias 08 e 13 de maio, no horário das 12 às 14 horas.

A aplicação do teste nestes 10 sujeitos nos permitiu verificar:

1. A sua adequação a esta pesquisa na configuração originalmente apresentada pelo Professor David Rodrigues (1999);
2. Necessidade de uma abordagem diferenciada junto aos sujeitos, tornando o entendimento das perguntas mais adequadas às características desse grupo etário.

Esta abordagem diferenciada inclui explicação dos termos:

1. Flexível = “junta mole”;
2. Fadiga = cansaço;
3. Jogos = não só para jogos de cartas.

No item 05 os sujeitos introduziram por conta própria o sinal valorativo de + ou - (mais ou menos), que de certa forma parece ser uma forma de não declarar o sinal de -

(menos).

No item 06, observamos que os informes relatados espontaneamente pelos sujeitos, em face de sua riqueza de detalhes, devem ser registrados, após as respostas: *NÃO MUDARIA NADA*.

3.5 Procedimentos para coleta de dados

Os dados foram coletados em 10 dias de trabalho no mês de setembro, no período das 12 às 15 horas. Neste horário os sujeitos não estavam desenvolvendo nenhum tipo de atividade sistematizada.

No caso dos moradores, a coleta foi realizada em seu próprio domicílio, e no caso dos freqüentadores foi realizada no salão de convivência da Vila Vida.

Para cada aplicação do teste seguimos os seguintes passos:

- a) Solicitação do consentimento de cada sujeito antes de cada aplicação do teste;
- b) Explicação do teste com ênfase no item “*como você vê e sente o seu corpo presentemente*”;
- c) Orientações direcionadas para esta população com esclarecimentos dos termos do teste;
- d) Anotações das observações, explicações, etc dadas espontaneamente, principalmente em relação ao Item 06.

Após aplicação do teste, foi ainda coletada a seguinte informação:

- a) Idade/sexo

CAPÍTULO IV – RESULTADOS

A unidade gerontológica Vila Vida e o CCI foram criados para abrigar e atender pessoas de ambos os sexos. Dos 80 idosos pesquisados identificamos, 61 do sexo feminino, (72%), e 19 do sexo masculino (28%). A predominância feminina acontece em todos os grupos. O Gráfico 01 apresenta a distribuição dos sujeitos por sexo.

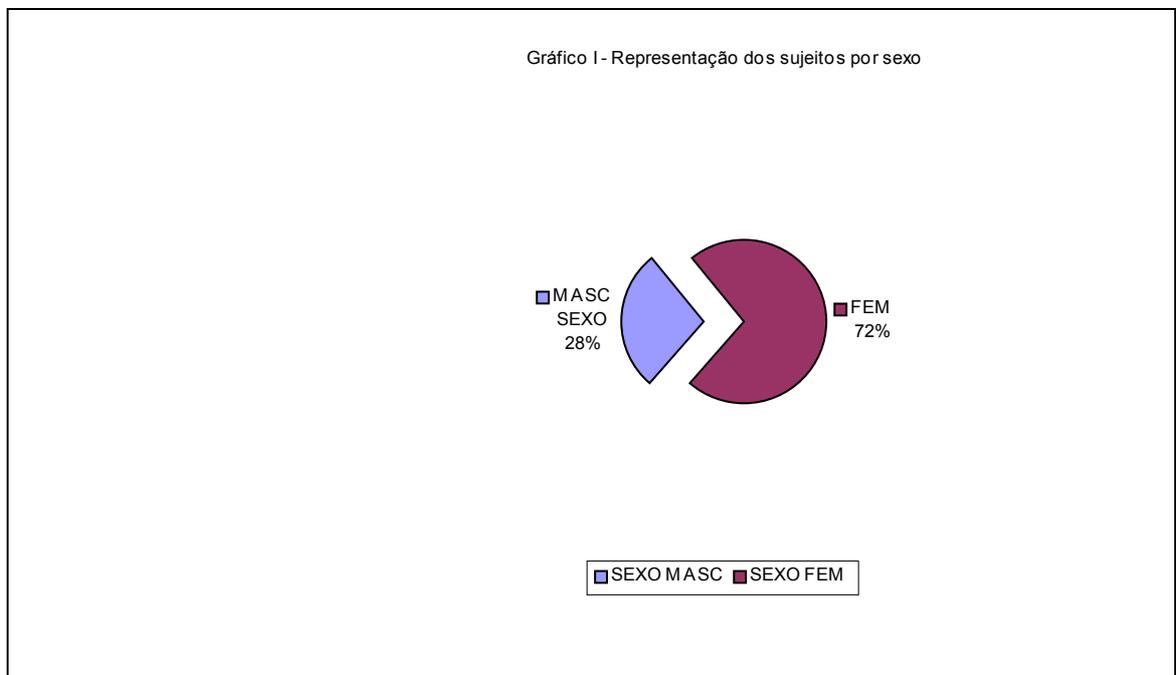


GRÁFICO 01- *Representação dos resultados relativos a identificação dos sujeitos por Sexo.*

O grupo que apresenta idade média maior é o grupo dos moradores não praticantes de atividades físicas, idade média de 75 anos. Os que apresentam idade média de 65 anos são os moradores praticantes de atividades físicas, seguidos dos freqüentadores praticantes de atividades físicas (65 anos).

Interessante observar que no grupo dos freqüentadores não praticantes de atividades físicas, embora, não seja o grupo mais velho, (média de idade em torno de 70 anos), encontramos 13 idosos com idade superior a 70 anos.

IDADE	Morador Não Praticante de Atividades Físicas	Morador Praticante de Atividades Físicas	Freqüentador Não Praticante de Atividades Físicas	Freqüentador Praticante de Atividades Físicas	TOTAL
60 a 65	02	09	04	09	30%
66 a 70	04	07	03	08	27,05%
71 a 75	07	04	07	02	25%
76 a 80	06	01	04	00	13,75%
81 a 86	01	01	02	01	06%
TOTAL	20	20	20	20	100%

Quadro 01 – Representação das idades dos sujeitos, moradores da Vila Vida e freqüentadores do CCI, praticantes e não praticantes de atividades físicas.

Os dados coletados através do teste: A minha Imagem Corporal foram tabulados e se encontram em anexo. Faremos uma análise descritiva das respostas mais significativas de acordo com as questões apresentadas.

QUESTÃO 01 / *CONDIÇÃO FÍSICA*: Os idosos freqüentadores e que praticam atividades físicas apresentam uma percepção mais positiva de sua condição física, afirmando com maior freqüência ser este item um aspecto mais forte.

O grupo de moradores não praticantes de atividades físicas, seguidos pelos freqüentadores também não praticantes de atividades físicas, apresenta mais freqüentemente a percepção da condição física como aspecto mais fraco.

QUESTÃO 02 / *HABILIDADE CORPORAL*: os moradores que praticam atividades físicas apresentam como aspectos mais fortes a habilidade relacionada à dança. Já os moradores que não praticam atividades físicas, apresentaram esta habilidade como aspecto mais fraco.

Notamos que, entre os freqüentadores que não praticam atividades físicas as percepções das habilidades relacionadas à dança foram apontadas como aspectos mais fortes do que os que, frequentemente são praticantes de atividades físicas. Embora os freqüentadores praticantes de atividades físicas sejam mais jovens e apresentar melhor condição física, eles apontam esta habilidade/dança, como aspecto mais fraco.

Todos os grupos pesquisados consideram a habilidade que se relaciona a jogos, como aspecto mais fraco.

QUESTÃO 03 / *SAÚDE*: Todos os sujeitos pesquisados apresentaram índices elevados e pontuaram como aspecto mais fraco, vários itens referentes a saúde.. Cerca de 40 a 50% de todos os sujeitos investigados responderam como aspecto mais fraco, as questões que apontam o receio de adoecer e de ter alguma incapacidade.

QUESTÃO 04 / *APARÊNCIA*: os moradores e os freqüentadores que não são praticantes de atividades físicas afirmam se sentirem pouco atrativos para pessoas de outro sexo, assinalando este ponto como mais fraco. Já os moradores e os freqüentadores, que são praticantes de atividades físicas, afirmaram mais frequentemente ser este o aspecto mais forte.

Cerca de 50% dos freqüentadores, não praticantes de atividades físicas, apontam como aspecto mais forte, os itens:” *gosto da maneira como me visto*” e “ *cuido da minha aparência*”. Entre os freqüentadores praticantes de atividades físicas, apenas cerca de 25% dos idosos, apontam estes aspectos como mais fortes.

QUESTÃO 05 / O QUE MAIS GOSTO E MENOS GOSTO EM MEU CORPO

Os moradores praticantes de atividades físicas assinalaram em maiores proporções , como aspecto positivo: “*altura, volume corporal e pernas*”; os aspectos negativos foram: “*peso, abdome e seios*”.

Os moradores que não são praticantes de atividades físicas assinalaram mais frequentemente os seguintes aspectos positivos: “*cabelo, altura, boca*”; os aspectos negativos mais citados foram: “*dentes, braços, abdome, cabelo*”.

Os freqüentadores praticantes de atividades físicas responderam mais frequentemente como aspectos positivos: “*olhos, cabelos e lábios*”; os aspectos negativos são mais citados: “*abdome, volume corporal, altura*”.

Entre os freqüentadores que não são praticantes de atividades físicas, os itens mais citados com aspecto positivo foram: “*altura, cabelo, olhos*”. Os aspectos negativos foram: “*dentes, abdome, volume corporal*”.

QUESTÃO 06 / TRÊS COISAS QUE GOSTARIAM DE MUDAR EM SEUS CORPOS: as três coisas que gostariam de mudar em seus corpos e que foram apontadas com mais freqüência em ordem decrescente foram:

- Moradores que são praticantes de atividades físicas: *abdome, peso, cabelos*.
- Moradores não praticantes de atividades físicas: *dentes, cabelos, o “sentido”*.
- Freqüentadores que são praticantes de atividades físicas: *peso, face abdome*.
- Freqüentadores que não são praticantes de atividades físicas: *peso, dentes, a memória*.

Observamos que alguns idosos não citaram os três itens solicitados ou citaram mais de três. Cerca de 40% dos idosos de todos os grupos apontam que “*Não gostariam de mudar nada*”, embora esta alternativa não tenha sido sugerida no teste. Consideramos importante registrar as justificativas dos idosos para essa conduta. Anotamos suas falas a esse respeito e as mesmas se encontram em anexo.

V. DISCUSSÃO DOS DADOS ANALISADOS

Os primeiros dados analisados caracterizam os sujeitos quanto ao sexo e sugerem uma predominância feminina nos grupos investigados. BERQUÓ (1988) chama a atenção para a feminização do envelhecimento e suas conseqüências para as políticas sociais, em especial as da saúde. Este processo de feminização da velhice tem aumentado, de forma significativa, a demanda feminina idosa em clubes, agremiações, centros de convivências e mesmo abrigos, fato observado nas últimas décadas (BORN, 1996).

A Vila Vida apresenta as mesmas características tanto junto aos moradores quanto aos freqüentadores, ou seja, as mulheres constituem maioria, o que corresponde às estatísticas já existentes para essa população. DEBERT (1999) relata que esse fato pode estar relacionado à ausência de alguns mecanismos repressores socialmente construídos (familiares, como maridos, filhos, entre outros), os quais afetam em maior número a mulher idosa. Quando estas mulheres se desvinculam destes mecanismos repressores, acabam criando um novo momento em suas vidas e passam da negação deste jugo familiar socialmente imposto à autonomia conquistada.

No que se refere à idade dos sujeitos, observamos que os idosos, que participaram desse estudo, apresentavam uma variação de 61 a 85 anos, com uma média de 75 anos.

Os resultados desse levantamento etário caracterizam um momento específico quanto à institucionalização no Brasil. Os moradores da Vila Vida, que não praticam atividades físicas, apresentaram idades que estão acima da média para idosos institucionalizados e que apresentam autonomia e independência. Dos 40 sujeitos pesquisados e que moram na unidade Vila Vida, 19 apresentam idade acima de 71 anos, ou seja, 47%.

Esse é um fato muito expressivo para idosos institucionalizados. Segundo BORN (1996), a própria condição asilar, nas modalidades conhecidas, encarrega-se de acelerar perdas fisiológicas, psicológicas e sociais, com graves reflexos na autonomia e na independência para atividades da Vida Diária.

A unidade Vila Vida, no modelo asilar proposto, rompe com esta hegemonia percebida em instituições de longa permanência, pois, segundo observações feitas, é significativa a presença de idosos em condições asilar com idade inferior a 70 anos e que se apresentam sem nenhuma autonomia e/ou independência para AVDs. O modelo Vila Vida, como proposto, demonstra que é possível viver mais e com melhor qualidade de vida, mesmo em situação institucional.

Quanto aos freqüentadores com idade superior a 75 anos, observamos que a procura do CCI por este grupo passa, necessariamente, pela busca de um local que possa proporcionar um motivo para sair regularmente e, ainda, uma oportunidade para novos contatos sociais. Sabemos que indivíduos longevos e isolados constituem um problema social. Esta condição causa um impacto extremamente negativo para a saúde tanto física, quanto mental destes idosos. O atendimento nos centros de convivência poderá constituir, também, alívio considerável para as famílias, a exemplo do CCI/ Vila Vida.

Os freqüentadores que praticam atividades físicas e que apresentam idade abaixo de 70 anos, ao participarem de um programa de convivência como o proposto pelo CCI, encontram o apoio necessário ao desenvolvimento de uma velhice mais saudável e adaptada e podem, nesta convivência, postergar danos funcionais e minimizar perdas de papéis sociais e familiares.

Desenvolvemos algumas reflexões a partir dos resultados do teste: A Minha Imagem Corporal. Os dados obtidos permitem uma visão descritiva dos idosos que necessitam ser contextualizada para uma maior compreensão da imagem corporal destes idosos

No item I – Condição Física – Os freqüentadores praticantes de atividades físicas participam das atividades na piscina ou das aulas de ginástica e também da tarde dançante/forró, que acontece 02 vezes por semana na Vila Vida, como programação do CCI. Estes idosos possuem uma autonomia e independência característica de um grupo que não apresentou idade superior a 70 anos.

As atividades físicas podem ser percebidas, por esses sujeitos, como uma experiência capaz de levá-los à superação de algumas barreiras, sejam elas físicas ou sociais, além de se constituir em uma experiência estética, uma vez que lhes permitem vivenciar gestos expressivos, tais como: dançar, relaxar, andar, entre outros.

Em muitos casos, as modificações fisiológicas que acontecem na velhice, as perdas corporais sentidas, podem trazer angústias. As perdas fisiológicas, as alterações da

expressão mímica, a diminuição do tamanho, o peso, as limitações articulares e a lentidão nos movimentos são fatores que podem afetar a percepção do próprio corpo pelo idoso (NOVAES, 2000). Neste grupo, onde estas limitações são menores, os idosos apresentaram uma percepção mais positiva de sua condição física.

Todos os idosos que não praticam atividades físicas apresentam mais freqüentemente a percepção da condição física como aspecto mais fraco. No entanto, as características próprias destes dois grupos nos levam a diferentes significados destes dados.

Identificamos que os moradores que não praticam atividades físicas apresentaram proporcionalmente maiores índices na percepção da condição física como aspecto mais fraco. Estes idosos, no entanto, apresentam dificuldades quanto à participação nas atividades propostas.

Percebemos que tais dificuldades poderiam ser minimizadas com a prática sistematizada de atividades físicas. A forma como acontecem as aulas, os horários estabelecidos para as mesmas, entre outros fatores, acabam provocando uma evasão e/ou uma não adesão significativa. Nota-se, pelo relato dos idosos moradores, um interesse e vontade de participar, mas não sentem “*ânimo*” e nem “*vontade*” de “*ficar no meio de gente de fora*” (frequentadores).

No momento da aplicação do teste, encontramos duas idosas moradoras não praticantes de atividades físicas, acamadas. Observamos, no relato das mesmas, que quase sempre a questão da saúde é um fator de evasão das atividades, sejam elas físicas, recreativas, laborativas, sociais, entre outras.

Como se sabe, os corpos assumem a organização social que os insere e expressam as estruturas sociais, nos quais o sujeito está vinculado.

Este grupo, formado por moradores mais velhos apresenta de forma marcante uma restrição de suas experiências corporais decorrentes assim de problemas de saúde, crenças e limitações da própria estrutura que não tem atendido às necessidades especiais deste grupo.

Os frequentadores, que não praticam atividades físicas, constituem o grupo mais idoso. São pessoas dependentes de ajuda de terceiros, pelo menos para deambular e se deslocar até o CCI.

As condições de saúde são fatores decisivos para a não participação desta população em atividades físicas. Resta refletirmos se esta situação se relaciona com impedimento definitivo destes corpos de se integrarem a programas específicos ou falta

preparo de profissionais em dimensionarem programas com propostas especiais para estes idosos, que como todos necessitam de um trabalho corporal adequado.

A questão 02, Habilidade Corporal, Os moradores praticantes de atividades físicas, participam ativamente apenas das ações organizadas pelo professor de educação física, ou seja, do grupo de dança de apresentação da Vila Vida.

Os moradores que não praticam atividades físicas citaram as habilidades manuais e de caráter laborativo, como sendo o ponto mais positivo. Estes idosos desenvolvem rotineiramente atividades manuais uma necessidade de complementação da renda mensal.

Os freqüentadores que praticam atividades físicas apresentam como aspecto mais fraco, a habilidade relacionada à dança. Mesmo sendo um grupo mais jovem, esta habilidade parece não despertar o interesse do mesmo. Segundo relatos, estes idosos participam apenas da prática de atividades físicas.

Os freqüentadores não praticantes de atividades físicas dedicam-se à participar das atividades do coral e atividades laborativas. Quanto à dança/forró, estes idosos participam durante os dias que freqüentam o CCI. Os mais idosos, embora não dançam mais, limitam-se a ficar observando no salão.

Cerca de 90% dos idosos associaram a palavra jogo, a jogos de azar ou jogos de cartas. Todos que fizeram esta associação apontaram este item como mais fraco.

A questão 05 aborda itens relacionados à saúde. As respostas analisadas acabaram por reforçar crenças e atitudes que são fundamentais para perpetuar uma possível fragilidade. Como todos assinalaram, o item Saúde, como aspecto mais fraco, observamos que no momento da aplicação do teste existiu uma certa dúvida entre os moradores em responder estas questões. As respostas assinaladas como “aspecto mais fraco” poderia significar, segundo relato destes idosos, uma possível dependência em caso de doença e/ou incapacidade e isso fere as normas do comodato.

Os moradores não praticantes revelaram uma maior percepção quanto à possibilidade de adoecer. Os moradores praticantes fizeram questão de valorizar o bem-estar percebido a partir da prática sistematizada de atividades físicas, embora, tenham apontado o receio de adoecer como “aspecto mais forte”.

Na questão 04, no relato sobre a aparência, tanto os moradores quanto os freqüentadores que não praticam atividades físicas afirmaram que se sentem pouco atrativos para o sexo oposto e apontaram de forma expressiva ser este um aspecto negativo.

Acabaram relatando que se sentem velhos “para estas coisas” e que não mais estão com cabeça para pensar em “bobagens”. Os freqüentadores e moradores, que praticam atividades físicas, ao contrario do grupo anterior, apontou este ponto como aspecto mais forte. Muitas idosas buscam a Vila Vida como local de moradia e relatam que não perderam as esperanças de encontrar um parceiro. Os casamentos dentro da própria unidade são bastante comuns, entretanto, a duração destes relacionamentos é geralmente passageira. Os freqüentadores que são praticantes de atividades físicas, consideram o CCI um ótimo local para escolha de novos parceiros.

Todos os moradores apontaram que gostam de cuidar da aparência e da forma como se vestem. Observamos que os moradores não praticantes de atividades físicas apresentam um aspecto mais descuidado na forma de vestir e na higiene pessoal do que os moradores que participam das atividades físicas.

O fato de o CCI funcionar dentro da Vila Vida, local de moradia destes 02 grupos, parece interferir na forma como eles são vistos quanto a aparência em relação aos grupos dos freqüentadores. Enquanto eles se apresentam estando em “suas casas”, os freqüentadores estão “fora de suas casas”.

Os freqüentadores não praticantes de atividades físicas apontam como “aspecto mais forte”: “*gosto da maneira como me visto*” e “*cuido da minha aparência*”. Eles apresentam-se mais bem arrumados, provavelmente, devido ao fato de saírem de suas casas para passear em um outro local, a Vila Vida.

Os freqüentadores praticantes de atividades físicas apontam que não gostam da maneira como se vestem e não cuidam bem da aparência. Este aspecto merece ser melhor investigado para que as propostas de trabalho corporal sejam coerentes às necessidades dos idosos e possam contribuir da melhor maneira possível na manutenção da identidade destas pessoas.

Quanto a questão 05, observamos que 02 moradores não praticantes de atividades físicas, não marcaram nenhum ponto positivo nesta questão, dizendo “*tá tudo ruim*”, ou, “*tá tudo bom práς minhocas comer*”. Nesse sentido, LOWEN (1983), relata ainda que um corpo, ao envelhecer envolve um estilo de interpretação, de renovação e de

adaptabilidade. Entretanto salienta que a não percepção destas mudanças podem acarretar transtornos físicos, sociais e emocionais, neste sentido, acreditamos que programas de atividades físicas adequados podem contribuir para ampliar o contato dos idosos consigo mesmo e com o mundo.

Quanto aos freqüentadores que praticam atividades físicas, observamos que os pontos positivos marcados estão mais relacionados a partes visíveis, ou seja, a cabeça (olhos, cabelos, lábios). Nos relatos negativos observamos uma maior preocupação estética, ao citarem abdômen e volume corporal. Entre os freqüentadores e os moradores que não são praticantes observamos que muitos se referiram a falta dos dentes naturais como aspecto negativo e que mesmo tendo prótese, não se sentem satisfeitos. São grupos de idade avançada e que estão vivenciando mais intensamente esta perda funcional.

Interessante observar que nos dois grupos dos freqüentadores foram citados os olhos como aspecto positivo. Refletindo sobre este dado consideramos relevante apontar que na ocasião da aplicação do teste, os idosos estavam muito motivados com a campanha de prevenção a cegueira e alguns haviam feito cirurgia e demonstravam estar satisfeitos com isto.

A questão 06 se refere às três coisas que os idosos modificariam para se sentirem melhor.

Observamos que alguns dados estão mais voltados à estética e são citados também, aspectos que podem revelar alguns tipos de comprometimento patológico, no caso as pernas, braços, olhos e outros.

Os idosos freqüentadores e praticantes de atividades físicas, afirmaram gostar mais dos olhos, cabelos e lábios. Os outros itens se relacionavam mais às questões de afetividade e relações sociais e não somente de estética, ou seja, ser mais educado, ter mais animação para participar das atividades, entre outros. Os idosos freqüentadores que não são praticantes de atividades físicas citaram além destes itens alguns como: a feiúra, prótese peniana, melhorar a memória, trocar dentadura, mudar de cor (a pessoa é negra), entre outras.

Os moradores que são praticantes de atividades físicas demonstraram um interesse estético maior do que os não praticantes. Estes últimos demonstraram, no relato, que se sentem satisfeitos com o corpo atual. As mudanças citadas estariam mais relacionadas a uma melhor autonomia funcional, ou seja: trocar as pernas, os olhos, os

joelhos, os pés e ter dentes novamente. Todos idosos, moradores da Vila Vida, demonstraram que ficaram constrangidos quanto à idéia de mudar algo em si para se sentirem melhor. Alguns disseram que não modificariam nada. Dos 05 que relataram que nada mudariam, apenas 01 demonstra que não sente necessidade de mudanças por se sentir bem com o seu corpo. Os demais deixaram claro que existem algumas insatisfações. Observamos que nos relatos feitos pelos idosos, as mudanças desejadas por vezes não são do corpo e sim de uma situação por vezes mal compreendida pelo próprio idoso, tal como, a perda de filhos, abandono familiar, entre outras.

Dos 05 freqüentadores que responderam que nada mudariam, 03 responderam estarem se sentindo bem com os seus corpos da forma como eles se apresentam no momento. NOVAES (2002) observa que, geralmente, começamos a envelhecer nos olhos das outras pessoas e então, lentamente, passamos a pensar como elas. Diz ainda que as limitações naturais são acrescidas pelo preconceito, não só relativo à velhice, mas à própria institucionalização. O fato é que existem idosos que substituem um vasto espectro de participação social e/ou familiar e podem, no entanto, envelhecer bem, aceitando limitações e adaptando-se a elas sem maiores sofrimentos. Outros encontram grande satisfação em uma vida mais contemplativa e com reduzida preocupação com os valores sociais, que apenas valorizam a beleza exterior.

NOVAES (2000) afirma que o princípio básico deve ser o de não considerar o comportamento de um idoso como a causa do comportamento dos outros membros. É preciso encarar as interações das comunicações existentes, analisar a capacidade e volutividade de cada um para mudar as regras e, inclusive, perceber e criar condições para reorganizar o sistema relacional com o seu próprio corpo e é claro, tudo isso terá reflexos na forma como o idoso vê e sente o seu corpo.

A atuação do profissional de educação física junto à população idosa, portanto, deve ser coerente às necessidades físicas, psíquicas e sociais. No entanto, como a relação entre as pessoas segundo SCHILDER (1998), são relações entre imagens corporais, consideramos fundamental que nós, professores que lidamos diretamente com o corpo do outro tenhamos uma imagem positiva do nosso aluno, reconhecendo o valor de nossa atuação no dimensionamento de suas experiências corporais que são fundamentais para o desenvolvimento de sua imagem corporal.

CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do teste nos mostraram que a atividade física pode ser uma importante aliada no desenvolvimento da imagem corporal dos idosos moradores da Vila Vida e freqüentadores do CCI, embora, existam outros aspectos envolvidos, tais como: idade, situação econômica, aspectos de saúde, entre outros.

A atividade física, de acordo com os dados analisados parece influenciar, de forma significativa na forma como os idosos percebem seus corpos. Assim, é inegável a importância de um programa de atividades físicas tanto para os moradores da Vila Vida, como para os freqüentadores do CCI. Acreditamos que os resultados desta pesquisa podem propiciar informações para a elaboração de um programa que de fato atenda as necessidades destes idosos, pois os dados nos conduzem à idéia de que os idosos, tanto os moradores quanto os freqüentadores, percebem seus corpos baseados em crenças e valores a partir das imagens que transitam em suas mente e sofrem um reforço diário, positivo ou negativo, das pessoas de suas relações do universo da Vila Vida.

Observamos ainda nos relatos, que os sinais da velhice podem se manifestar de forma visível, como as rugas, os cabelos brancos e em atitudes corporais características. Estas podem estar associadas aos atributos negativos oriundos de crenças e valores sobre a velhice. Os idosos sentem o descompasso entre o estereótipo do “*velho*” e as imagens que emergem de seu corpo a partir de experiências corporais variadas.

Para os idosos fica então a questão: como lidar com um corpo que satisfaça as expectativas dos outros e ao mesmo tempo mantenha coerência com as sensações e percepções emanadas do próprio corpo?

Essa questão nos remete a realidade básica do corpo do idoso e se a percepção deste corpo estiver “amortecida”, a sua vitalidade e contato com o mundo também sofrerão restrições.

Nos relatos destes idosos e com base no referencial teórico, podemos afirmar que, um corpo que envelhece envolve um estilo de interpretação, de renovação e de adaptabilidade. Entretanto, a não percepção das mudanças pode acarretar transtornos físicos, sociais e emocionais.

Propomos com base nos dados analisados que, os idosos possam além de participar das aulas, discutir questões relacionadas à saúde e educação para uma melhor consciência corporal e ainda, questões relacionadas a saúde.

A compreensão da especificidade de uma proposta pedagógica transformadora, crítica e reflexiva que, ultrapassa o sentido de um estilo de vida apenas "fisicamente ativo", como o comumente preconizado, poderá levar a uma programação das aulas a partir do desenvolvimento de uma consciência dos conteúdos a serem repassados, com objetivos bem delineados, evitando constantes e indesejadas atitudes paternalistas e infantilizadoras, onde o idoso a cada dia se distancia não só da atividade, mas da imagem que tem de seu próprio corpo.

Acreditamos que, a opção, por uma intervenção que estimule a consciência e a espontaneidade dos gestos, estaria assegurando benefícios relacionados a uma imagem corporal integrada e dinâmica.

Vislumbramos a importância de uma séria reflexão quanto a disponibilização de programas que possibilitam a atividade física para "*todos*" idosos.

A significativa evasão e não adesão dos idosos à prática de atividades físicas nos leva a pensar seriamente na possibilidade de rever as propostas em vigor e que se apresentam com caráter excludente de uma parcela desta população.

É fundamental que os programas assegurem a identidade dos movimentos dos idosos de forma a contribuir não só para sua permanência no contexto social, mas também para sua efetiva participação no mundo que o insere.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- ANN DER-EGG, E. **Introdução ao trabalho social**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- ARMOZA, M.K. **Técnicas Corporales para la tercera edad**. Buenos Aires: Paidós, 1981.
- BEAVOIR, S. **A velhice**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- BÁRBARA, J.I. **A imagem e a consciência do corpo**, in: BRUNHS, H. T. **Conversando sobre o corpo**, Campinas/SP: Papirus, 1986.
- BERGUER & MAILLOUX-POIRIER, **Pessoas idosas, uma abordagem geral**. Lisboa: Lusodidacta, 1996.
- BERQUÓ, E.S. & LEITE, V.M. **Algumas considerações sobre a demografia da população idosa no Brasil**. Ciência e Cultura.V.Quatro, nº7, p. 679-688,1988.
- BOUTIQUE, N.C & SANTOS, R.L. **Aspectos Sócios Econômicos do Envelhecimento** In Gerontologia.São Paulo: Atheneu: 1996.
- BORGOVONI, N. in PAPALÉO NETTO. Gerontologia. **Biologia e Teorias do Envelhecimento**. São Paulo: Atheneu, 1996.
- BORN, T. **Cuidado ao idoso em instituição**. In Gerontologia..São Paulo: Atheneu, 1996.
- BOSI, E. **Memória e Sociedade**, São Paulo: EDUSP, 1994.
- _____ **Lembranças de velhos**, São Paulo: EDUSP, 1987.
- CANÔAS, S. C. & DONATO, F. A. **Idoso e Cidadania, a lógica da exclusão** In Gerontologia.São Paulo: Atheneu, 1996.
- CARLO, M.R.P. **Se esta casa fosse nossa.Instituições e processos de imaginação na educação especial**. São Paulo: Pleuxus: 1999.

CARVALHO FILHO, E.T. in PAPALÉO NETTO. **Gerontologia. Fisiologia do envelhecimento.** São Paulo: Atheneu, 1996.

CHAMPAMGNE, P. et al. **Iniciação à prática sociológica.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1996. P.79

COSTA, E.R. **As relações sócio-familiares dos idosos institucionalizados no abrigo. Sagrada Família-ASF/Faculdade de Enfermagem/UFGO**, monografia de especialização, 2002.

DAMÁSIO, A. **O mistério da consciência.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico.** São Paulo: Atlas, 2000.

DERBERT, G.G. NERI, A. **Velhice e Sociedade. Considerações sobre o envelhecimento populacional no Brasil.** Campinas/SP: Papyrus, 1999.

FARIA JÚNIOR. **Atividades físicas para terceira idade** Brasília/DF: SESI/INDESP, 1999.

FELDENKRAIS, M. **Autoconciência por el movimiento. Ejercicios para el desarrollo personal.** Barcelona: Editorial Paidós, 1992.

FERRARI, M.A.C. in PAPALÉO NETTO, **Gerontologia -lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade.** São Paulo: Atheneu, 1996.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____ **Vigiar e punir: nascimento da prisão,** Petrópolis/RJ: Vozes, 1987.

FONSECA, V. **Psicomotricidade: filogênese, ontogênese e retrogênese.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

_____ **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: Zahar, 1975.(a)

_____ **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: Zahar, 1975.(a)

GONÇALVES, M.A.S. **Sentir, pensar, agir. Corporeidade e educação.** - (coleção corpo e motricidade) Campinas: Papyrus, (1994).

HAYFLICK, L. **Como e porque envelhecemos.** Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KASSAR, M.C.M. **Liberalismo, neoliberalismo e educação especial. Algumas implicações.** In A nova LDB e as necessidades educativas especiais. Caderno CEDE 46. Campinas: CEDES, 1999.

LANGLOIS, F.Q. **Disfrute plenamente su vejez.** Santiago/ Chile: Banmédica, (1992).

LE BOULCH, J. **Educação psicomotora: psicocinética na idade escolar.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

Política Nacional do Idoso/ PNI. Brasília/DF de 04 de Janeiro, 1994.

Lei Orgânica de Assistência Social/LOAS/Ministério da Previdência e Assistência Social, Brasília em 07 de dezembro de 1993.

LOVO, T. **Adaptação e Aplicação de questionários de Imagem Corporal em portadores de hemiplegia.** Campinas-SP. UNICAMP: FEF. Monografia de Curso de Especialização, 2001.

LÜDKE, M. e ANDRÉ, Marli. E.D. A. **Pesquisa em Educação, abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

MEDEIROS, M. Didática da educação Física, para além de uma abordagem formal. UFG. Goiânia; 1998.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção,** São Paulo: Martins Fontes: 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas para o funcionamento de casas de repouso Clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos.** Portaria 810 de 22/12/1993. Brasília.

MOREIRA, W.W. **Educação Física e Esportes: perspectivas para o século XXI,** Campinas: Papirus, 1992.

MOREIRA A. F & SILVA. **Currículo e Sociedade.** Campinas/SP: Autores Associados, 1999.

MONTEIRO, P.P. **Envelhecer -Histórias.Encontros.Transformações.** Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

MORAGAS, M.R. **Gerontologia Social. Envelhecimento e qualidade de vida.** (Trad. Nara C. Rodrigues). São Paulo: Paulinas, 1997.

NERI, A.L. (org.). **Desenvolvimento e envelhecimento.** Campinas/SP: Papirus, 2001./a

_____ **Palavras - chave em gerontologia.** Campinas/SP: Alínea, 2001/b.

_____ **Envelhecer num país de jovens. Significados de velho e velhice segundo Brasileiros não idosos.** Campinas/SP: Editora da Unicamp, 1991.

NOVAES, M.H. **Psicologia da terceira idade. Conquistas possíveis e rupturas necessárias.** Rio de Janeiro: NAU, 2000.

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

OMS. **Planificación y organización de los servicios geriátricos.** Informe Técnico, 843. Ginebra, 1994.

PAUGAN, S. **O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais – Uma dimensão essencial do processo de desqualificação social In As Artimanhas da exclusão Social.** (Org.). Petrópolis/RJ: Vozes, 1999.

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

PASCHOAL, S.M.P. in PAPALÉO NETTO. **Gerontologia. Epidemiologia do envelhecimento,** São Paulo: Atheneu, 1996.

PAULA, J.A.M. **Mobilidade do idoso: proposta para avaliação inicial.** Campinas, SP, 1999 (Dissertação. (Mestrado em Gerontologia). Faculdade de Educação, UNICAMP).

PELLICER, R.P.R. **O idoso corpo da mulher: Representações Corporais do Envelhecimento feminino.** Um estudo exploratório. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares de Comunidade e Ecologia Social-EICOS) Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, 1994.

PENNA, L. **Corpo sofrido e mal amado. As experiências da mulher com o próprio corpo.** São Paulo: Summus, 1989.

RAMOS, L, R. E. BRANDÃO.. **Manual de Gerontologia. Um guia prático para profissionais, cuidadores e familiares.** Rio de Janeiro: Revinter: 1996.

ROCABRUNO, J C; PRIETO, O. M. **Gerontologia y geriatría clínica**. Ciudad de La Habana: Encimed, 1992

RODRIGUES, G.M. **Reflexões sobre a educação física para portadores de necessidades educacionais especiais à luz da individualização**. Campinas, SP: Universidade de Campinas, dissertação de mestrado, 1998.

SADER, E. **Quando novos personagens entram em cena: experiências, fatos e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo, 1970/80**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SALGADO, M.A. **Velhice, uma nova questão social**. São Paulo: Sesc-Ceti, 1980.

SANTIN, S. **Perspectivas na visão da corporeidade**, in MOREIRA, W.W. Educação e Esportes: perspectivas para o século XXI, Campinas/SP: Papirus, 1992.

SOARES, C. **Educação Física: Raízes Européias e Brasil**. Campinas: Autores Associados, 1994.

SIMÕES, R.M.R. **Corporeidade e terceira idade = A marginalização do corpo idoso**/Piracicaba, Dissertação de Mestrado: Universidade Metodista de Piracicaba, 1992.

_____ (Org). **Corpo e História**. Campinas: Autores Associados, 2001.

SHILDER, P. **A imagem do corpo. As energias construtivas da Psique**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

SHEPHAR, R.J **Physiological basis of training in the elderly**. Science & Sport.v.0, n° 4, 1994.

_____. **Geriatric consequences are enhanced physical fitness**. In: Economic benefits of enhanced fitness. Champagne: Human Kinetics Publishers, 1987.

_____. **Exercise prescription for the healthy aged: testing and programs**. Clinical Journal of Sports Medicine, v.1, n°2, 1991.

TAVARES, M. C. G.Cunha F. **Abordagem de pesquisa em atividade física adaptada**. Campinas, SP: CODESP, 2000.

VENÂNCIO, M. D. S. **O corpo na educação física. Dissertação de Mestrado:** Campinas.UNICAMP, Faculdade de Educação Física, 1993.

VERAS, R.P. **País jovem com cabelos brancos.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

VIEIRA, E.B.&.RAMOS, L.R. **Manual de Gerontologia. Um guia prático para profissionais, cuidadores e familiares.**Rio de janeiro: Revinter: 1996.

ANEXO I

Teste : A minha Imagem Corporal, o original do prof. David Rodrigues(1999)

- **Este questionário visa saber qual é a sua opinião sobre a sua Imagem Corporal**
- **Deve responder tomando em atenção como vê e sente o seu corpo presentemente.**

Marque 0 quando achar que é um aspecto mais fraco em você.

Marque 1 quando você concordar com a frase.

Marque 2 quando achar que é um aspecto mais forte em você.

Faça um X em cima da opção que melhor corresponde ao que sente e vê seu corpo.

Idade:----- Sexo:----- Identificação:

1. Condição Física	Aspecto mais fraco	concordo	aspeto to mais forte
1.1. Sinto que tenho força física	0	1	2
1.2 Sou capaz de me deslocar rapidamente	0	1	2
1.3 Sou resistente a fadiga	0	1	2
1.4 O meu corpo é flexível	0	1	2
2 Habilidade corporal			
2.1 Tenho habilidade para dançar	0	1	2
2.2 Tenho habilidades para jogos	0	1	2
2.3 Tenho habilidade Manual	0	1	2
2.4 Aprendo facilmente diferentes gestos	0	1	2
3.Saúde			
3.1 a Sinto-me bem disposto	0	1	2
3.1. b) Sintome com vigo	0	1	2
3.2 a) Sinto-me assustado pela doença	0	1	2
3.2.b Sinto-me assustado com a possibilidade de ter uma incapacidade	0	1	2
3.3ª Sou resistente a doença	0	1	2
3.2b Não me sinto assintada com a possibilidade de ter uma incapacidade	0	1	2
3.3 a Sou resistente a doença	0	1	2
3.3b Não me sinto assustado com a possibilidade de adoecer	0	1	2
3.4 a Tenho boa saúde	0	1	2

3.4 b Tenho confiança em meu corpo	0	1	2
4. Aparência			
4.1 Gosto da maneira como me visto	0	1	2
4.2 Gosto da minha aparência cotidiana	0	1	2
4.3 Sinto-me atrativo para pessoas de outro sexo	0	1	2
4.4 Sinto-me bem no meu corpo	0	1	2

5. O que mais gosto e menos em meu corpo

Assinale com sinal de (+) as partes do corpo que mais gosta e com sinal de (-) as partes do corpo que menos gosta. Não há necessidade de assinalar todas.

Cabelo
 Olhos
 Nariz
 Orelha
 Boca
 Lábios
 Dentes
 Rosto
 Braços
 Mãos
 Unhas
 Ombros
 Peito
 Seios
 Abdome
 Nádegas
 Costa
 Quadril
 Coxas
 Joelho
 Pernas
 Pés
 A minha altura
 O meu volume corporal

6. Três coisas que eu modificaria para me sentir melhor com a minha aparência corporal

ANEXO II

QUESTÃO 01 – CONDIÇÃO FÍSICA

SUJEITOS	MNAF	MPAF	MNAF	MPAF	MNAF	MPAF
Pontuação	Aspecto mais fraco		Concordo		Aspecto Mais forte	
1.1.Sinto que tenho força física	05	03	14	15	00	02
1.2. Sou capaz de deslocar rapidamente	09	03	12	14	03	03
1.3.Sou resistente a fadiga	05	04	12	15	03	01
1.4. O meu corpo é flexível	08	08	11	12	00	00

Quadro I - Representação das respostas dos sujeitos moradores, praticantes e não praticantes de atividades físicas.

SUJEITOS	FNAF	FPAF	FNAF	FPAF	FNAF	FPAF
Pontuação	Aspecto mais fraco		Concordo		Aspecto Mais forte	
1.1.Sinto que tenho força física	03	03	16	15	01	02
1.2. Sou capaz de deslocar rapidamente	04	03	14	15	03	02
1.3.Sou resistente a fadiga	05	01	11	15	03	04
1.4. O meu corpo é flexível	06	06	12	12	02	00

Quadro II - Representação da das respostas dos sujeitos frequentadores praticantes e não praticantes de atividades físicas.

ANEXO III

QUESTÃO 2 – HABILIDADE CORPORAL

SUJEITOS	MNAF	MPAF	MNAF	MPAF	MNAF	MPAF
Pontuação	Aspecto mais fraco		Concordo		Aspecto Mais forte	
2.1 Tenho habilidade para dançar	10	06	08	10	02	04
2.2. Tenho habilidade para jogos	15	15	03	04	00	01
2.3. Tenho habilidade manual	08	03	08	11	04	06
2.4. Aprendo facilmente diferentes gestos	08	07	10	11	02	02

Quadro III - Representação dos resultados da pontuação total no item II Habilidade Corporal dos Moradores praticantes e não praticantes de atividades físicas.

SUJEITOS	FNAF	FPAF	FNAF	FPAF	FNAF	FPAF
Pontuação	Aspecto mais fraco		Concordo		Aspecto Mais forte	
2.1 Tenho habilidade para dançar	05	08	05	08	09	04
2.2. Tenho habilidade para jogos	15	12	03	04	02	04
2.3. Tenho habilidade manual	02	08	11	09	06	03
2.4. Aprendo facilmente diferentes gestos	04	07	14	10	01	03

Quadro III - Representação dos resultados da pontuação total no item II Habilidade Corporal dos Freqüentadores praticantes e não praticantes de atividades físicas

ANEXO IV**QUESTÃO 3 – SAÚDE**

Sujeitos	MNAF	MPAF	MNAF	MPAF	MNAF	MPAF
Pontuação	Aspecto mais Fraco		Concordo		Aspecto mais Forte	
3.1.Sinto-me bem disposto	07	02	10	16	03	02
3.1b Sinto-me com vigor	08	02	10	16	04	02
3.2a. Sinto-me assustado pela doença.	12	17	08	02	00	01
3.2 b. Sinto-me assustado pela possibilidade de adoecer.	11	08	08	08	04	04
3.2c.Sinto-me assustado com a possibilidade de ter uma incapacidade.	07	07	11	08	01	05
3.3 a. Sou resistente a doença.	05	01	14	17	03	02
3.3.b. Não me sinto assustado com a possibilidade de adoecer.	12	04	08	15	02	01
3.4 a. Tenho boa saúde.	07	03	13	15	04	02
3.4b. Tenho confiança em meu corpo.	05	00	15	18	02	02

Quadro VI -Representação dos resultados das respostas relacionadas a questão saúde dos moradores praticantes e não praticantes de atividades físicas.

Sujeitos	FNAF	FPAF	NAF	FPAF	FNAF	FPAF
Pontuação	Aspecto mais Fraco		Concordo		Aspecto mais Forte	
3.1.Sinto-me bem disposto	02	03	15	14	03	03
1b Sinto-me com vigor	03	05	13	14	02	05
3.2a. Sinto-me assustado pela doença.	14	12	06	10	01	01
3.2 b. Sinto-me assustado pela possibilidade de adoecer.	12	11	04	12	01	01
3.2c.Sinto-me assustado com a possibilidade de ter uma incapacidade.	09	09	10	11	01	-1
3.3 a. Sou resistente a doença.	10	06	07	09	01	03
3.3.b. Não me sinto assustado com a possibilidade de adoecer.	04	07	15	06	00	05
3.4 a. Tenho boa saúde.	01	07	15	07	04	01
3.4b. Tenho confiança em meu corpo.	12	03	07	07	01	05

Quadro VI -Representação dos resultados das respostas relacionadas a questão saúde dos frequentadores praticantes e não praticantes de atividades físicas

ANEXO V

QUESTÃO 04 – APARÊNCIA

SUJEITOS	MNAF	MPAF	MNAF	MPAF	MNAF	MPAF
Pontuação	Aspecto mais fraco		Concordo	Aspecto Mais forte		
4.1.Gosto da maneira como me visto	00	01	17	17	03	02
4.2. Cuido da minha aparência.	02	00	17	18	01	02
4.3.Sinto-me atrativo para pessoas de outro sexo.	09	09	08	06	03	05
4.4. Sinto-me bem no meu corpo	02	02	16	16	02	02

Quadro V - Representação das pontuações dos idosos *moradores da vila vida, praticantes* e não praticantes de atividades físicas.

SUJEITOS	FNAF	FPAF	FNAF	FPAF	FNAF	FPAF
Pontuação	Aspecto mais fraco		Concordo	Aspecto Mais forte		
4.1.Gosto da maneira como me visto	00	04	14	15	06	03
4.2. Cuido da minha aparência.	04	11	10	13	06	03
4.3.Sinto-me atrativo para pessoas de outro sexo.	10	04	09	05	01	04
4.4. Sinto-me bem no meu corpo	01	02	15	13	03	03

Quadro VI -Representação das pontuações dos idosos freqüentadores do CCI, *praticantes e não praticantes* de atividades físicas.

ANEXO VI

QUESTÃO 05 – O QUE MAIS GOSTO E MENOS GOSTO EM MEU CORPO

1. MORADORES PRATICANTES DE ATIVIDADES FÍSICAS

- **ALTURA**
- **VOLUME CORPORAL**
- **PERNAS**
- **NARIZ**
- **COXAS**
- **SEIOS**
- **NÁDEGAS**
- **QUADRIL**
- **COSTAS**
- **NARIZ**

2. MORADORES NÃO PRATICANTES DE ATIVIDADES FÍSICAS

- **CABELO**
- **ALTURA**
- **BOCA**
- **NARIZ**
- **ROSTO**
- **OLHOS**
- **BRAÇOS**
- **PÉS**
- **MÃOS**

3. FREQUENTADORES PRATICANTES DE ATIVIDADES FÍSICAS

- **OLHOS**
- **CABELOS**
- **LÁBIOS**
- **PERNAS**
- **ALTURA**
- **ALTURA**
- **PESO**
- **BOCA**
- **ROSTO**

4. FREQUENTADORES NÃO PRATICANTES DE ATIVIDADES FÍSICAS

- **ALTURA**
- **CABELO**
- **OLHOS**
- **VOLUME CORPORAL**
- **QUADRIL**
- **SEIOS**
- **PERNAS**
- **COXAS**
- **SEIOS**

ANEXO VIII

QUESTÃO 06- TRÊS COISAS QUE MODIFICARIA PARA SE SENTIR MELHOR

1. MORADORES PRATICANTES DE ATIVIDADES FÍSICAS

- **Abdômen/perder peso/cabelos/ seios/pernas/mãos/joelhos/varizes/trocaria a cabeça;**
- **Não modificaria nada: 07**

2. MORADORES NÃO PRATICANTES DE ATIVIDADES FÍSICAS

- **Dentes/cabelos/abdômen/pernas/rugas/seios/peso;**
- **Não modificaria nada: 12**

3. FREQUENTADORES PRATICANTES DE ATIVIDADES FÍSICAS

- **Peso/face/abdômen/cabelo/dentes/rosto/altura/pernas/peso/mãos/ser mais forte/o jeito de viver/mais vontade para fazer as coisas;**
- **Não modificariam nada: 06**

4. FREQUENTADORES NÃO PRATICANTES DE ATIVIDADES FÍSICAS

- **Peso/dentes/memória/nariz/boca/abdômen/altura/cabelos/seios;**
- **Não modificariam nada: 07**

ANEXO IX

QUESTÃO 06 – Transcrição das respostas dos **FREQUENTADORES** praticantes de atividades físicas, quando mencionavam que “*NÃO MUDARIAM NADA*”.

- Mulher/64 anos: “ *Não modificaria nada.Sou contente com o que sou*”.
- Mulher/63 anos: “*Não modificaria nada.Estou satisfeita.*”
- Homem/75 anos:”*Não, não .Eu me sinto muito bem do jeito que sou.Parece até egoísmo.Mas eu sinto bem.Deve ser muito triste quem não se sente bem com o seu físico*”.
- Homem/83 anos:” *Não modificaria nada porque pra mim ta tudo normal.Sinto solitário, faz dez anos que minha mulher morreu.*”

Depoimentos dos **FREQÜENTADORES DO CCI NÃO PRATICANTES DE ATIVIDADES FÍSICAS**:

- Homem/79 anos:Nada.(pausa).”Só mais “grana”.
- Mulher/74 anos:”*Não sei não*” (pausa). “*Porque idade não pode tirar. Eu não sei o que pode tirar de mim.Vou deixar tudo do jeito que está.*”
- Mulher/67 anos:” *Não mudaria nada. Zelo por todo o meu corpo. Sou feliz*”.
- Mulher/76 anos:”*Pergunta que aperta*”.(pausa)”*Não mudaria nada*”.
- Mulher/72 anos (cita uma mudança).(pausa).” *E mais nada.Ta tudo bão.Tem saúde né!!*”

QUESTÃO 06 – Transcrição das respostas dos **MORADORES NÃO** praticantes de atividades físicas, quando mencionavam que “*NÃO MUDARIAM NADA*”.

- Mulher,72 anos: “*Nada.Alívio, sossego e descanso.(pausa olhando para a perna direita com problemas circulatórios e que apresenta ferida e edema generalizado).Não calço sapato há muito tempo*”.

- *Mulher/71 anos: "Não acho nenhum defeito. Tudo é perfeito. O outro é que tem ver defeito".*
- *Mulher/80 anos (silêncio bastante prolongado). "Não sei nem o que vou responder. Não mudaria nada."*
- *Mulher/78 anos: (cita apenas uma mudança) (pausa). "O resto ta bom para a minhocas comer, ta bom".*

*Relato dos **MORADORES PRATICANTES DE ATIVIDADES FÍSICAS** em complementação da questão VI / Não mudariam nada:*

- *Homem/79 anos: Nada (pausa). "Só mais grana".*
- *Mulher/74 anos. "Não sei não não".(pausa). "porque idade não pode tirar. Eu não sei o que pode tirar de mim. Vou deixar tudo do jeito que está".*
- *Mulher /67 anos: "Pergunta que aperta' .(pausa). "Não mudaria nada".*
- *Mulher /72 anos: (cita apenas uma mudança/pernas). E mais nada. Tá tudo bão. Tem saúde né"?*