



ORIGINAL ARTICLE

BEING OLD, BEING HEALTHY: THE DIMENSION OF HEALTH IN THE SOCIAL REPRESENTATIONS OF OLD AGE

SER VELHO, SER SAUDÁVEL: A DIMENSÃO DA SAÚDE NAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VELHICE

SER VIEJO, SER SALUDABLE: LA DIMENSIÓN DE LA SALUD DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA VEJEZ

Gabriela Silveira de Paula¹, Patrícia do Socorro Magalhães Franco do Espírito-Santo²

ABSTRACT

Objective: to understand the social representations of the elderly on aging and experiences related to health involved in this process. **Methodology:** the qualitative methodology was applied; data collection was carried out through participant observation, semi-structured interviews and field journal. The interviews were recorded, and a signed a free and clear consent form was obtained, with seven elderly volunteers in Franca - São Paulo, Brazil. The study was approved by Uni-FACEF's Research Ethics Committee (035/2009). **Results:** from the analyses of the interviews, three social representations were found among which health constituted the center of discussion: (1) Life silencing: a stigmatized old age where health is determined by declining physical and mental capacities; (2) New identity: an active old age where health is what provides freedom and independence; (3) A natural process: old age is an expected stage and health is spiritual well-being. **Conclusions:** these results show that social representations of old age are associated to the current redefinition of health; to a positive concept of health; and to the individual's responsibility for health, that is associated with the aging reprivatization. **Key words:** Aging; health; social representations; contemporaneity.

RESUMO

Objetivo: compreender as representações sociais do idoso acerca do envelhecer e das vivências relativas à saúde implicadas neste processo. **Metodologia:** utilizou-se a metodologia qualitativa, a coleta de dados foi realizada por meio da observação participante, entrevistas semi-estruturadas, e diário de campo. Após a assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido, as entrevistas foram gravadas com sete idosos voluntários na cidade de Franca - SP. Para preservar a identidade dos participantes, todos os nomes utilizados neste artigo são fictícios. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Franca (protocolo 035/2009). **Resultados:** a partir das análises das entrevistas, emergiram três RS acerca da velhice, nas quais a saúde constituiu-se em eixo de discussão: (1) *A vida silenciando:* uma velhice estigmatizada, em que a saúde é marcada por declínios nas capacidades físicas e mentais; (2) *A Nova identidade:* uma velhice ativa em que a saúde é aquilo que dá liberdade e independência; (3) *Um Processo natural:* a velhice é uma etapa esperada, e a saúde é o bem-estar espiritual. **Conclusões:** tais resultados demonstram que as RS da velhice estão associadas à atual ressignificação da saúde; a um conceito positivo de saúde; e à responsabilização individual pela saúde, a qual se associa à reprivatização do envelhecimento. **Descritores:** envelhecimento; saúde; representações sociais; contemporaneidade.

RESUMEN

Objetivo: comprender las representaciones sociales de las personas mayores sobre el envejecimiento y las experiencias relacionadas con la salud implicada en este proceso. **Metodología:** se utilizó una metodología cualitativa, la recolección de datos fue realizada por medio de la observación participante, entrevistas semi-estructuradas y diario de campo. Las entrevistas fueron grabadas, firmados los términos del consentimiento libre e informado, con siete voluntarios de la ciudad de Franca - São Paulo, Brasil. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Uni-FACEF. **Resultados:** a partir del análisis de las entrevistas, reveló tres representaciones sociales sobre la vejez, donde la salud se constituyó en un eje de discusión: (1) *La vida silenciando:* una vejez estigmatizada, donde la salud se caracteriza por la disminución de la capacidad física y mental, (2) *La nueva identidad:* una vejez activa, donde la salud es lo que concede libertad e independencia, (3) *Un proceso natural:* el envejecimiento es un paso esperado y la salud es el bienestar espiritual. **Conclusiones:** Estos resultados demuestran que las representaciones sociales de la edad están asociadas con la actual resignificación de la salud; con un concepto positivo de la salud, que se asocia con la reprivatización del envejecimiento. **Descriptores:** Envejecimiento; salud; representaciones sociales; contemporaneidad.

¹Acadêmica do Curso de Graduação em Psicologia/Uni-FACEF. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq. Franca (SP), Brasil. E-mail: gsilveiradepaula@yahoo.com.br; ²Professora do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Regional, do Centro Universitário de Franca/Uni-FACEF. Doutora em Psicologia pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: patfranco_1999@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Contextualizar o tema da velhice nas sociedades ocidentais contemporâneas é uma forma de descrever e problematizar o modo como estes sistemas sociais atribuem significados à velhice, os quais implicam em maneiras singulares de relacionar-se com o velho e o processo de envelhecimento no cotidiano.

As concepções da velhice são construtos socialmente elaborados e partilhados, que evoluem ao longo do tempo juntamente com os sistemas linguísticos e sociais.

Segundo Peres, a visibilidade pública da velhice no Brasil deriva de três elementos. Primeiro, o fenômeno do envelhecimento populacional, que faz com que aumente o contingente da população acima de 60 anos no país; segundo, a exclusão social e a marginalização vivida pela grande maioria dos idosos; e terceiro, o surgimento da aposentadoria, que traz consigo a criação dos agentes sociais e instituições especializadas na velhice.¹ Esta visibilidade da velhice faz com que, no século XX, ela se torne uma questão social, transcendendo a esfera privada da família e transferindo-se para o rol de preocupações da esfera pública. São criadas políticas públicas específicas para esta população, e também campos do saber específicos - a geriatria e a gerontologia.² Estes fatores acarretam na produção da velhice como categoria social homogênea e autoriza a “colocação em prática de modos específicos de gestão da população acima de 60 anos”.^{2:154}

Uma vez que são criadas e implementadas uma série de orientações e intervenções específicas relativas à velhice, geradas nos campos da ciência e da política, ocorrem mudanças nos modos de conceber e tratar a velhice no cotidiano. No Brasil, duas visões dicotômicas da velhice são predominantes. De um lado, como herança da sociedade moderna do século XIX, a velhice é tratada como uma etapa de decadência física e ausência de papéis sociais. Refere-se a idosos considerados um problema social, que usam os serviços públicos de saúde, dependem da aposentadoria do INSS ou não têm direito à aposentadoria, utilizam serviços de assistência social pública. Estes idosos são dos segmentos mais pobres da população ou são, por algum motivo, abandonados pela família.³

Neste caso, a velhice é definida em termos de declínios e perdas em relação à vida adulta, e é vista como um estado patológico, uma condição a ser evitada.⁴

A tendência contemporânea dá forma à segunda maneira de tratar a velhice predominante no Brasil. A partir da revisão de estereótipos negativos, as idéias de momentos de perdas são substituídas pela consideração da velhice como etapa propícia para novas conquistas, ligadas à busca de prazer e satisfação pessoal.⁵ O idoso passa a se constituir em um indivíduo autônomo e capaz de se cuidar:

[...]os idosos da atualidade são apresentados como saudáveis, joviais, engajados, produtivos, autoconfiantes e sexualmente ativos. Como consequência, os idosos estão cada vez menos legitimados a recorrer aos sistemas de saúde (15:16)

Assim, vê-se, de um lado, a transformação da velhice em questão social e preocupação das esferas públicas, e de outro, a tendência à sua reprivatização^{2,5}, ou seja, transformá-la em um problema individual a ser resolvido por sujeitos que dispõem de uma série de aparatos sociais (bens de consumo, serviços especializados, previdência privada, etc.), os quais podem retardar seus problemas. “Nesse sentido, a velhice poderia novamente desaparecer do leque de preocupações sociais”^{2:154} Estes dois processos engendram dinâmicas sociais complexas que marcam o modo como a velhice é representada no cotidiano.

Vê-se a criação de um mercado voltado à velhice,^{1,5} no qual observa-se planos de previdência privada, planos de saúde, planos de lazer e turismo, planos de educação (como as universidades da terceira idade), etc. Além disso, a velhice é reconstruída em termos mercadológicos da juventude, e são criadas e difundidas tecnologias, receitas e estilos de vida para prolongar a juventude e mascarar a idade.

Se estas novas imagens do envelhecimento são um contraponto à velhice feia e acabada, elas não deixam de ser, em si mesmas, uma forma diferente de negação e ocultação da velhice. Isto porque elas exaltam um modo de viver acessível apenas a uma pequena parcela da população, com tempo livre e dinheiro disponível, e prescreve uma velhice baseada, sobremaneira, em um estilo de vida juvenil, ativo e independente, o qual nem sempre é praticável quando as funções biológicas do corpo já vivem as consequências do envelhecimento.

Tanto o estereótipo negativo da velhice como as novas imagens desta etapa da vida descrevem concepções e conhecimentos acerca da velhice. Estes conhecimentos constroem as realidades sociais em que os sujeitos estão imersos, e pautam modos específicos de agir e se comunicar frente à

velhice. Segundo o referencial teórico utilizado neste trabalho, estes conhecimentos se referem às representações sociais (RS) existentes acerca da velhice em dado tempo e espaço.

As RS abarcam um conjunto de conceitos, afirmações e explicações que as pessoas utilizam para explicar fenômenos do cotidiano, e devem ser consideradas teorias do senso comum, ciências coletivas que dão formas às realidades sociais.⁶ A gênese das RS tem lugar no mesmo contexto em que se manifestam - por meio da “arte da conversação”, que abrange extensa parte da vida cotidiana, e através da qual sentidos são atribuídos aos objetos e relações que compõem a vivência individual e coletiva. As RS são criadas com o princípio de tornar familiar o não-familiar.⁷

Em seu todo, a dinâmica das relações é uma dinâmica de familiarização, onde os objetos, pessoas e acontecimentos são percebidos e compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas. Como resultado disso, a memória prevalece sobre a dedução, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo e as imagens sobre a realidade^{7:55}.

Assim, o que é não-familiar tende a trazer a ameaça de perda dos marcos referenciais, perda do contato com o que dá senso de continuidade - é a ameaça da ordem estabelecida, da compreensão mútua. Por este motivo, quando novas informações são disponibilizadas, os sujeitos as aproximam de categorias e paradigmas prévios presente em seu contexto social, criando, assim, as representações sociais relativas àquele conteúdo específico.

Nem tudo o que faz parte da conversação cotidiana são RS, sendo que o termo deve ser utilizado apenas com referência à modalidade de conhecimento que tem como função exclusiva a elaboração de comportamentos e comunicações no cotidiano.⁸ Dessa forma, as RS se originam a partir de dois processos formadores: a ancoragem e a objetivação. A ancoragem é a integração cognitiva do objeto representado a um sistema de pensamento social já existente, através de sua classificação e denominação em função de algumas categorias presentes no grupo social. Dessa forma, ela transforma algo desconhecido em um sistema particular de categorias, fazendo com que o objeto adquira características destas categorias.

A objetivação é a materialização da palavra, é dar forma ou figura específica a um conceito abstrato, integrando-o a um núcleo figurativo, o qual se define por um complexo

de imagens que reproduz um complexo de idéias.⁷⁻⁸

A RS é resultado de uma atividade cognitiva, perceptiva e imaginativa, construída pelo sujeito por meio das informações que ele apreende de seu contexto. Assim, a representação social não pode ser compreendida como resultado único de processos sócio-econômicos, porque mesmo que haja influências de valores e normas sobre a construção do indivíduo, há de se considerar o peso das atitudes e posicionamentos construídos ao longo da experiência individual.⁹

A problemática deste trabalho focou os seguintes questionamentos: o que o idoso concebe como sendo um estado saudável? Até que ponto a veiculação de novos valores relacionados à velhice influenciam seus cotidianos e seus discursos? Quais são suas representações do envelhecimento no momento em que emergem novos paradigmas de saúde e velhice?

Assim, o principal objetivo deste estudo foi compreender as representações sociais do idoso acerca do envelhecer e das vivências relativas à saúde implicadas neste processo.

MÉTODO

Para cumprir o objetivo proposto, foi utilizada a metodologia qualitativa. Participaram desta pesquisa sete idosos, com idade entre 60 e 82 anos, sendo que seis são do sexo feminino e um do sexo masculino. Todos os participantes são voluntários em uma instituição social na cidade de Franca (SP), a qual atende crianças carentes em regime de semi-internato, e necessita do voluntariado para dar suporte às suas ações de arrecadação de fundos. Uma destas ações é o grupo de bordado, em que a pesquisadora participou.

Os dados foram coletados utilizando-se a observação participante, aplicação de entrevistas semi-estruturadas, e o uso do diário de campo.

A observação participante é um método que permite recolher as ações dos atores sociais em seu contexto natural, pois o pesquisador se incorpora ao grupo de modo a vivenciar o cotidiano dos observados.¹⁰ Neste estudo, esta etapa foi realizada ao longo de seis meses, em que a pesquisadora participou de encontros semanais do grupo de bordado. Como o objetivo era a incorporação no grupo das participantes, a pesquisadora se engajou nas atividades e começou a bordar também, em busca de construir um espaço de igualdade e confiança com as voluntárias, como se fosse uma “integrante do grupo”.

Após um mês de participação nestes encontros, teve início a aplicação das entrevistas com as idosas que se dispuseram a participar, ou seja, a fase de observação participante se deu concomitante à realização das entrevistas. O único idoso do sexo masculino entrevistado exercia funções administrativas no local, e foi indicado pelas voluntárias da instituição.

O roteiro de entrevista semi-estruturada foi dividido em duas partes. Na primeira, havia questões objetivas que tinham três focos de investigação: (1) traçar o perfil social, econômico e familiar do entrevistado; (2) saber se os mesmos praticavam atividades físicas, com que frequência, e o motivo da procura por estas atividades; (3) saber quais tipos de atividade social (por exemplo, o voluntariado) eles exerciam, com que frequência, e o motivo da procura por estas atividades.

Na segunda parte da entrevista os idosos foram interrogados acerca de suas concepções sobre o envelhecer e a saúde, através das seguintes questões norteadoras: *“para você, o que é envelhecer?”*, *“o que a palavra ‘idoso’ representa para você?”*, e *“para você, o que é saúde?”*. Também foi pedido que eles descrevessem um idoso saudável e um idoso doente.

As entrevistas foram gravadas em áudio com o consentimento dos participantes, e transcritas literalmente, de forma que os dados puderam ser extensamente analisados. Informações adicionais acerca da entrevista, tais como impressões e observações da pesquisadora, foram registradas no diário de campo. De acordo com a resolução nº 196/96 sobre Pesquisas Envolvendo Seres Humanos 11, todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de responderem à entrevista, e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Franca (protocolo 035/2009). Para preservar a identidade dos participantes, todos os nomes utilizados neste artigo são fictícios.

RESULTADOS

Os participantes têm em média 68 anos, são casados, todos moram com os respectivos cônjuges, e quatro deles moram também com um dos filhos. O tempo de voluntariado é bastante variado, oscilando entre 1 e 40 anos de dedicação a esta atividade, o que demonstra que em alguns casos a atividade teve início bem antes da aposentadoria, enquanto em outros o sujeito só se tornou voluntário após aposentar-se ou alcançar uma idade avançada. Dos sete idosos

entrevistados, três praticavam atividades físicas regularmente duas ou três vezes por semana, e quatro deles não realizavam nenhum tipo de atividade física.

Foi interessante notar que, antes de se constituir em uma categoria a ser analisada, a saúde apareceu como um pano de fundo para discutir as diferentes RS acerca da velhice.

A análise das entrevistas permitiu a criação de três diferentes núcleos estruturantes acerca da velhice, que originaram as três seguintes categorias:

- 1) **A vida silenciando:** engloba representações sociais de uma velhice considerada ruim, pois é sinônimo de declínio e perdas, e está relacionada ao estereótipo negativo da velhice presente na sociedade.
- 2) **Uma nova identidade:** é uma representação social positiva da velhice, e inclui concepções muito próximas das novas imagens do envelhecimento.
- 3) **Um processo natural:** demonstra uma visão da velhice enquanto etapa natural da vida, e foi explicitada por apenas um dos entrevistados - a idosa de maior idade entre eles.

DISCUSSÃO

Todos os entrevistados expressaram opiniões diversas acerca dos temas abordados, com discursos ora convergentes, ora contraditórios e ambivalentes, o que revela as características próprias das representações sociais, que “englobam, de forma complexa, fluida e entrecruzada, numerosos e diversos assuntos de conhecimento e numerosos grupos ou conjuntos de sujeitos conhecedores”.^{12:5}

● **A vida silenciando:** quando o tempo é um fardo

Esta representação social reúne características socialmente atribuídas ao estereótipo negativo da velhice, como a dependência, a perda de capacidades para realização das atividades de vida diária e a inutilidade social. Nas palavras dos entrevistados:

Ele já tá num ponto que ele muitas vezes sozinho não consegue fazer aquilo que ele precisa pra sobrevivência. [...] não consegue se locomover, não consegue resolver suas necessidades fisiológicas sozinho, não consegue se alimentar, fazer sua comida... não consegue administrar o local onde vai viver. (Celina, 60 anos)

[...] é aquele que depende dos outros né? [...] a velhice mesmo é o dia que você não tiver comendo com sua mão e tomando

banho. Eu acho que aí a pessoa se sente velha. (Inês, 78 anos)

Idoso dá a impressão daquela pessoa imprestável, que já não faz nada, que não pode fazer nada. (Celeste, 61 anos)

A partir da universalização da aposentadoria no Brasil há uma reestruturação do ciclo de vida, e a velhice passa a ser associada à decadência em todos os domínios da sociedade brasileira, decadência esta que conjuga atributos como a dependência, decrepitude e ausência de papéis sociais.¹³ Estas mesmas características foram encontradas nas falas dos entrevistados e representam formas de objetivação e ancoragem deste estereótipo negativo presente nas representações sociais do velho no Brasil há décadas, e que muito se assemelha ao que os entrevistados descreveram como idoso doente, pois:

O idoso doente é aquele que não tem capacidade mais de se movimentar, né? [...] é aquele que se acha incapaz de fazer as coisas. (Ana, 63 anos)

O idoso doente fisicamente, que é tolhido de as vezes não poder andar, não poder se locomover, sei lá. E o idoso doente de muito ranzinza, que todo mundo reclama, aquele que realmente se põe em uma situação de impotência, de não poder fazer mais nada, e não procura abrir um pouco os horizontes para aceitar as mudanças, que são necessárias. (Celeste, 61 anos)

Pode-se notar que os entrevistados utilizam características semelhantes para qualificar tanto o idoso em geral quanto o idoso doente, os quais compartilham principalmente a perda da capacidade de locomoção. As entrevistadas Ana e Celeste acrescentam a dimensão da maneira de pensar do idoso doente, que considera a si mesmo como alguém incapaz, impotente, e que não se ajusta às mudanças necessárias ao envelhecimento.

Uma teoria do controle ao longo da vida é proposta por estudiosos e definem dois tipos de controle presentes no ser humano durante todo seu processo de desenvolvimento - o controle primário e o controle secundário.¹⁴ O controle primário envolve a ação direta do sujeito destinada a alterar o mundo e satisfazer seus desejos e necessidades, e se desenvolve até o início da idade adulta.

O controle secundário diz respeito aos ajustamentos cognitivos que o indivíduo realiza para adaptar-se ao mundo. São ações dirigidas para o ambiente interno do indivíduo, e dizem das tentativas de permitir-se ser controlado pelo ambiente externo e adaptar-se a ele. É um tipo de controle que aumenta com o passar da idade e favorece o controle primário por manejar sua

seletividade, pois se a manutenção do controle primário parece improvável ou fracassa, o sujeito recorre ao controle secundário e ajusta metas, interpretações ou atribuições causais para os eventos.

O que as entrevistadas suscitam se referir nestes trechos é a respeito da perda do controle primário que acarreta a chegada da velhice, e da negatividade social que tem a falta de estratégias de controle secundário que tornam o sujeito ranzinza e o impedem de “abrir os horizontes” para aceitar as mudanças. Ele se torna um idoso “doente do pensamento” devido à incapacidade de utilizar suas estratégias de controle secundário, e se constitui em um ator social com imagem negativa na sociedade por estar perdendo os controles primários. Estes dados corroboram com pesquisas nacionais e também internacionais, as quais constataam que a perda do controle primário é considerada desagradável por idosos aposentados e não-aposentados, e produzem consequências físicas e mentais negativas.¹³⁻¹⁴ A chegada desta velhice indesejada é atribuída, sobretudo, a adoção de um estilo de vida específico:

Pelo processo que não se cuidaram na juventude, na sua época de juventude foram estragando através de vícios, através de álcool, através do tabaco, através do próprio trabalho mesmo, pessoas que “ah não! Isso comigo não vai acontecer!” mas quando perceberam já tavam bem mais velho que a gente. Através do que? Através do desregramento da alimentação, e do trabalho, do tabaco, do álcool, uma série de outras coisas. (João, 69 anos)

Percebe-se que estes cuidados listados por João são de responsabilidade exclusiva do sujeito desde sua juventude até a velhice, e se ele está mais velho do que poderia estar é porque não adotou meios e comportamentos adequados para postergar a chegada desta velhice indesejada. Estas verbalizações expressam a tendência contemporânea de responsabilizar os sujeitos pelo cuidado de si, de sua saúde e seu corpo, sendo que esta autonomia se torna o veículo pelo qual ele é considerado autônomo e capaz de expressar sua identidade.^{4,15} A perda da saúde e da autonomia para agir provoca a premência do isolamento social, pois o velho se torna um peso para a família e para a sociedade:

Eu e minhas amigas, a gente conversa e elas brincam “ai, a gente podia fazer um chalezinho todo mundo junto, quando a gente ficar tudo velha. Nós ficaríamos velhas e arrumariamos umas enfermeiras, umas empregadas para cuidar, e aí a gente fica tudo junto lá”. Porque a preocupação é

essa, né [...] nós vamos impedir que nossos filhos tenham outros problemas [...]. Então o idoso doente, sei lá, teria que ter um lugar respeitável para... sentir-se bem. (Ana, 63 anos)

Estas verbalizações indicam que não há meios de inserção social quando é inviável qualquer possibilidade de corresponder ao que exige a sociedade contemporânea: agilidade, força, produtividade, beleza, juventude, memória. Quando se tornarem velhas/doentes, a saída encontrada pelas entrevistadas é isolar-se, dar espaço para o mais jovem, contratar enfermeiras para seu cuidado.

Em pesquisa sobre as representações sociais da velhice por idosos de camadas sociais médias e superiores, encontrou-se dados semelhantes, em que a categoria do idoso foi associada à decadência, pobreza, dependência e incapacidade, e os entrevistados sugeriram que o isolamento é a solução ideal de controle dos velhos pobres e também uma maneira de mascarar a velhice indesejada, acabada e feia.¹³ Estes dados indicam a tendência de tornar a velhice um problema individual a ser tratado de forma privada, descolada de uma responsabilidade social mais ampla pelo cuidado dos idosos brasileiros.

●A nova identidade: quando a vida começa

Esta representação social da velhice conjuga características em sua maioria opostas às do estigma da velhice, e as referências feitas à saúde são em maior número e parecem ter uma dimensão mais importante. A saúde foi, pela maioria dos entrevistados, significada como aquilo que dá liberdade e permite viver bem a vida e a velhice:

Qualidade de vida é aquela que te deixa, te dá condições de viver [...] plenamente a vida. Não se restringir de nada [...]. Um idoso pode ter uma saúde plena, desde que os problemas que acarretam com a vinda da velhice não impeçam ele de ter uma vida plena, fazer o que ele gostaria de fazer. (Celina, 60 anos)

Eu acredito que a saúde como um todo é você ter a liberdade de fazer aquilo que você pode fazer. Se você não tem saúde você não vai fazer. (João, 69 anos)

Eu acho que o idoso saudável é aquele que procura envelhecer [...] com dignidade. Aliando a saúde física e a saúde mental, espiritual, emocional [...]. (Celeste, 61 anos)

Percebe-se que a saúde é o que dá liberdade e proporciona viver uma vida plena, que alia a saúde física, mental, espiritual e

emocional. Os entrevistados traduzem um conceito positivo de saúde **16**, a qual não se refere apenas à ausência de doença, mas diz que:

[...] se sentir equilibrado e saudável está diretamente ligado não só a ter necessidades básicas vitais satisfeitas, tais como comer, dormir, descansar, distrair-se, entre outras, mas também a sentir-se aceito, produtivo e integrado socialmente, enfim, sentir que a vida tem sentido.^{16:16}

Os entrevistados se referem a um idoso de boa saúde que pode conquistar estas condições. O discurso de Celeste também expressa o conceito de saúde proclamado pela Organização Mundial de Saúde desde 1948, segundo o qual a saúde é o estado de bem-estar físico, mental e social.¹⁷ É interessante notar que esta ampliação do conceito de saúde é o que permite que diversas práticas cotidianas (como atividades lúdicas, religiosas, sexuais, etc.) tenham sido ressignificadas como práticas de aquisição ou manutenção da saúde.^{15,18-19} Este fenômeno possibilita, em meados de 1980, a criação da ideologia da saúde, em que a saúde passa a englobar tudo o que é bom na vida e permite aos sujeitos viverem uma vida plena.

Na ideologia da saúde os cuidados e a prevenção adquirem uma proporção persecutória gerada pelo discurso do risco, e a adoção de estilos de vida específicos que visam o auto-controle e a auto-vigilância torna-se obrigação e critério de mérito e julgamento.²⁰⁻²¹⁻²² Nas entrevistas, os idosos exaltam a adoção de um estilo de vida e o correlacionam com a boa condição de saúde em que se encontram atualmente:

Esses cuidados que eu tenho, exercícios, alimentação, [...] cuidar da socialização, que é muito importante, aumentar cada vez mais sua possibilidade de criar, participar de grupo, aumentar conhecimentos, poder produzir alguma coisa em prol dos outros... (Celina, 60 anos)

[...] graças a Deus, até aqui eu tenho uma saúde muito boa, né? Mas eu procuro correr atrás daquilo que eu... a academia mesmo já foi uma atitude de procurar o bem-estar meu, da minha saúde. E vou sempre ao médico, pelo menos uma vez por ano, faço lá meu controle de colesterol, triglicérides, aquelas coisas todas... (Celeste, 61 anos)

Meu marido adora dançar, então toda oportunidade que nós temos nós vamos dançar [...] e eu acho que isso é uma coisa muito saudável (Ana, 63 anos)

Essas medidas dizem da adoção de um estilo de vida considerado saudável e que conjuga não apenas o cuidado com as condições físicas e orgânicas, mas também a

atenção em socializar-se, dançar, criar conhecimentos, produzir, etc., o que demonstra a ressignificação da saúde para englobar diversos aspectos da vida cotidiana. Na ideologia da saúde, esta também se torna um dever e problema de indivíduos que devem ser responsáveis e disciplinados com o autocuidado. Celeste expressa este aspecto quando afirma:

[...] não importa se eu vou morrer com 61, ou com 80, ou 90, eu acho que tenho essa... não é obrigação, mas um dever de cuidar da minha vida [...] eu acho que a responsabilidade da gente é muito grande perante a nossa vida, a nossa saúde. (Celeste, 61 anos)

Cuidar da própria vida tem o mesmo peso e carrega a mesma responsabilidade do cuidado com a saúde, e é a isso que Ortega se refere quando afirma que o cuidado com a própria saúde se torna o meio de o sujeito expressar sua autonomia, capacidade de cuidar de si e construir sua identidade. O sujeito que é bem-sucedido nessas atividades torna-se um não-desviante e um modelo a ser seguido.¹⁵

Nestes diferentes depoimentos, encontra-se o cuidado do corpo e da mente como condição para envelhecer com qualidade e satisfação. Este aspecto, *per se*, não é negativo, mas o que deve ser problematizado é que estas características do envelhecimento bem sucedido parecem estar naturalizadas na sociedade, de modo que os sujeitos acatam essas prescrições sem questionar ou refletir criticamente.

A definição de envelhecimento bem-sucedido é composta por três fatores: nível de engajamento com a vida; manutenção de altos níveis de habilidades funcionais e cognitivas; e baixa probabilidade de doença e incapacidade relacionada à práticas de hábitos saudáveis para redução de riscos. Sob o ponto de vista dos autores, esta concepção corre o risco de colocar em segundo plano as dimensões sócio-culturais e coletivas do envelhecer, atribuindo a responsabilidade do envelhecimento bem-sucedido ao âmbito individual, baseada apenas no auto-controle. Ao que parece, as RS que os entrevistados possuem do envelhecimento saudável contemplam essa auto-responsabilização pelo seu sucesso ou fracasso, o que acaba por trazer uma dimensão persecutória às suas práticas de saúde.²³

● **Processo natural:** nem bem, nem mal

Uma RS da velhice dissonante daquelas apresentadas por seis entrevistados surgiu de Alice, a mais velha dentre eles, com 82 anos. Para ela, a velhice é uma etapa natural da

vida que advém de uma sucessão de fases que compõem o ciclo da vida:

[envelhecer] é uma coisa normal da vida. Você nasce, cresce, torna-se adulto e envelhece. É o ritmo da vida. (Alice, 82 anos)

Envelhecer, por ser algo natural e esperado, não é vivido com angústia e medo, mas sim com tranquilidade e aceitação. Em seus discursos, a saúde não adquire o sentido de uma obrigação ou dever, mas sim de algo que proporciona disposição e alegria:

[...] a saúde é muito importante pra vida da gente, porque você estando com seu corpo são, você tem mais disposição, você tem mais alegria de viver, porque a doença ela acabrunha, ela deixa a pessoa mais sensível na parte da... como eu diria pra você? Na parte emocional, não é? Agora você tendo o corpo doente mas o espírito são, isso é muito importante. (Alice, 82 anos)

A saúde é tida como o bem-estar do corpo físico, mas como ela mesma diz, a saúde do corpo físico é de importância secundária uma vez que o espírito é que necessita estar saudável e jovem:

O corpo envelhece, mas o espírito não envelhece. Mas se você se entregar, seu espírito também envelhece. Só o corpo não tem problema. (Alice, 82 anos)

Pode-se notar que o sentido da busca por saúde está mais relacionado à saúde do espírito, o qual tem a primazia sobre a existência humana. Esses discursos de Alice demonstram tanto uma visão mais espiritualista do ser humano como também evidenciam algo descrito pela literatura do desenvolvimento humano.

Gould, ao descrever o ciclo de vida humano, afirma que na velhice o sujeito adentra um estágio em que deve aceitar a própria mortalidade e chega-se a um senso de liberdade e aceitação da responsabilidade por si mesmo.²⁴ Pode-se pensar que Alice de fato aceitou a própria mortalidade, e a responsabilidade por si mesma se traduz no cuidado com a saúde do espírito, o que provoca também certa tranquilidade em relação à sua própria velhice.

Erikson postula, em seu modelo evolutivo, como o oitavo e último estágio da identidade pessoal aquele em que há o sentimento e a consciência de integridade, a segurança em relação ao sentido da existência. Este estágio inclui a proximidade da morte e a aceitação do ciclo vital único e exclusivo de cada um.²⁵ Esta aceitação de fato é manifesta por Alice,

que encontra dificuldades em definir genericamente o idoso saudável e o idoso doente:

Nossa, é difícil isso aí... é difícil porque cada uma das pessoas corresponde de uma maneira, né? Então é difícil [...] pra dizer pra você, eu não consigo pensar [...] cada idoso corresponde de um jeito[...] o idoso saudável é uma pessoa que usufrui bem da vida dentro das possibilidades dele [...] ele sabe viver naquele ciclo, naquela fase da vida dele, com toda capacidade que ele tem dentro dessa faixa, sabe usufruir da vida. (Alice, 82 anos)

Percebe-se que há consciência e reconhecimento da heterogeneidade das experiências da velhice, e que a saúde está em saber usufruir destas experiências dentro das possibilidades individuais. Esta concepção confirma o que Erikson diz acerca deste estágio e da aceitação de um ciclo vital único para cada indivíduo.²⁵

Este olhar para a diversidade de experiências na velhice não apareceu em outras entrevistas, e é um ponto de vista que dá voz a uma corrente de estudos sobre a velhice, a qual enfatiza que esta é fruto da vivência individual construída desde a infância, e está atrelada ao sentido pessoal que é atribuído a tudo o que foi vivido, e também às condições sociais, econômicas e culturais em que se deu esta trajetória individual.^{9,26-27}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir este estudo, vários pontos podem ser discutidos, mas aqui serão evidenciados apenas alguns deles. É importante ressaltar que as representações sociais são modalidades de conhecimento que permitem uma extensa gama de análise e interpretações, e esta aqui apresentada é um recorte, de alcance limitado, que buscou compreender como idosos da cidade de Franca (SP) entendem a velhice e a saúde nesta etapa de suas vidas.

Sendo o envelhecimento populacional e o aumento da longevidade condições presentes na atualidade brasileira, acredita-se na necessidade de estudos e discussões que ampliem sua compreensão, e contribuam para a capacitação de profissionais e para a criação de políticas públicas coerentes e mais eficazes para esta população.

A análise dos dados permitiu corroborar com o que alguns teóricos têm discutido acerca da privatização do envelhecimento, que torna a velhice uma questão individual a ser resolvida e tratada pelo sujeito no seio da família.

Acompanhando a tendência de privatizar o envelhecimento, pode-se observar também a privatização do cuidado com a saúde, a qual passa a ser vista como consequência apenas de comportamentos e escolhas dos sujeitos, e traz a ilusão de que ter uma boa saúde é fruto apenas de ações responsáveis do indivíduo.

O conceito de saúde observado nas entrevistas indica uma grande ênfase na possibilidade de ser autônomo e independente, o que em certo sentido traduz o conceito de saúde proclamado na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, segundo a qual a saúde para o indivíduo idoso se define mais pela sua condição de autonomia e independência do que pela presença ou ausência de doença orgânica.²⁸ Disso decorre que, embora haja políticas públicas e ações que se direcionam a população idosa, a responsabilização individual pela velhice atua como um mecanismo que busca reduzir as pressões sobre o Estado, tal qual a responsabilização pela própria saúde. Concomitantemente, o foco na promoção de saúde do idoso recai em torná-lo autônomo e independente, possibilitando-o responsabilizar-se por si mesmo, sua velhice e sua saúde.

Estas colocações não devem ser traduzidas como uma crítica à necessidade do idoso ter autonomia e independência para cuidar de si e realizar suas atividades cotidianas com liberdade. Mas sim procuram atentar para a tênue linha que separa a valorização da autonomia como uma ferramenta para o idoso viver de forma independente e com mais liberdade, da valorização da autonomia como uma forma de responsabilizar o sujeito por sua própria velhice, atenuando a responsabilidade de governos, empresas e órgãos de atenção ao idoso, e fazendo com que a velhice tome o caráter de uma escolha, mais do que um processo natural e socialmente construído.

Por fim, pode-se afirmar que todo o processo que envolveu a realização desta pesquisa permitiu constatar empiricamente que a velhice como categoria universal não existe *per se*, e de modo isolado. O que existe são sujeitos singulares, constituídos por um corpo biológico e inseridos em um contexto social, econômico e cultural. Tudo isso, conjuntamente, atribui ao sujeito um lugar social específico com significados também singulares. Falar do velho é falar de uma multiplicidade de indivíduos, com seus discursos únicos que refletem sua trajetória de vida, e ainda que estes discursos sejam produzidos em um espaço-tempo específico, o que lhes confere certas características

convergentes, é preciso deixar presente, em qualquer leitura sobre a velhice, o olhar da diversidade que existe na unidade, ou seja, do ser singular e diverso dos outros que existe na unidade que compõe o que é designado como velhice.

REFERÊNCIAS

1. Peres M. Terceira idade, ação política e autonomia: as políticas da velhice como tecnologias sociais. *Rev Tec Soc.* 2008; 6: 193-216.
2. Debert GG. O velho na propaganda. *Cad Pagu.* 2003; 21: 133-55.
3. Souza ER, Minayo MCS, Ximenes LF, Deslandes SF. O idoso sobre o olhar do outro. In: Minayo, MCS, Coimbra, CEA Jr. *Antropologia, saúde e envelhecimento.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. 191-209.
4. Ortega F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Interface comun saúde educ.* 2004; 8(14): 9-20.
5. Debert GG. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2004.
6. Sá CP. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: Spink, MJ. *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.* São Paulo: Brasiliense; 1993. p.19-45.
7. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 6. ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
8. Sá CP. O campo de estudo das representações sociais. In: SÁ, CP. *Sobre o núcleo central das representações sociais.* Petrópolis: Vozes; 1996. p. 29-50.
9. Junqueira EDS. *Velho. E por que não?* Bauru: EDUSC; 1998.
10. Chizzotti, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais.* São Paulo: Cortez; 2000.
11. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos - Resolução 196/96.
12. Graeff L. Representações sociais da aposentadoria. *Textos envelhecimento.* 2002; 4(7).
13. Peixoto C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In: Barros, MML. *Velhice ou Terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política.* Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1998.
14. Heckhausen J, Schulz R. Uma teoria do controle no curso da vida. In: Neri, AL. *Psicologia do envelhecimento: temas relacionados na perspectiva do curso da vida.* Campinas: Papirus; 2005. p.158-94.
15. Ortega F. Da ascese à bio-ascese: ou do corpo submetido à submissão do corpo. In: Rago, M, Orlandi, LBL, Veiga-neto, A. *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzscheanas.* Rio de Janeiro: DP&A; 2005. p.11-20.
16. Silva RC. Psicologia Social da Saúde e a construção de um conceito positivo de saúde. In: Silva, RC. *Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania.* São Paulo: Vetor; 2002. p. 25-37.
17. Organização Mundial de Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde.* Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.
18. Cheek J. Healthism: a new conservatism? *Qual Health Res.* 2008; 18(7): 974-82.
19. Greenhalgh T, Wessely S. Health for me: a sociocultural analysis of healthism in the middle classes. *Brit Med Bul.* 2004; 69: 197-213.
20. Castiel LD, Álvares-Dardet C. La salud persecutoria. *Rev. saúde pública.* 2007; 41(3): 461-6.
21. Charles S. O individualismo paradoxal: introdução ao pensamento de Gilles Lipovetsky. In: Lipovetsky, G. *Os tempos hipermodernos.* São Paulo: Editora Barcarolla; 2004. p. 11-47.
22. Lipovetsky G. Tempo contra tempo, ou a sociedade hipermoderna. In: Lipovetsky, G. *Os tempos hipermodernos.* São Paulo: Editora Barcarolla; 2004. p. 49-103.
23. Davim RMB, Araújo MGS, Nunes VMA, Alchieri JC, Silva RAR, Carvalho CFS. Aspectos relacionados ao envelhecimento humano saudável. *Rev Enfer UFPE on line* [periódico na internet]. 2010 nov/dez [acesso em 2011 aug 04]; 4(spe): 1961-67. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1506/pdf_256
24. Oliveira MP. O aumento da longevidade e o significado de uma nova formação universitária para mulheres adultas [Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Psicologia]. Franca: Centro Universitário de Franca; 2009.
25. Erikson E. *O ciclo de vida completo.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
26. Freire, SA, Neri, AL. Metas de vida e investimentos pessoais na perspectiva de jovens, adultos e idosos. In: Falcão, D, Araújo, L. *Psicologia do Envelhecimento: relações*

sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados. Campinas: Alínea; 2009. p. 155-74.

27. Lopes, RGC. Século XXI: os velhos ainda precisam ser “indignos”? In: Corte, B, Mercadante, EF, Arcuri, IG. Velhice Envelhecimento Complex(idade). São Paulo: Vetor; 2005. p. 89-92.

28. Brasil. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [acesso em 2010 out 02]. Disponível

em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>.

Sources of funding: CNPq
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2011/09/18
Last received: 2011/12/16
Accepted: 2011/12/18
Publishing: 2011/12/01

Corresponding Address

Gabriela Silveira de Paula
Rua Miguel Fernando Pianura, 1630
CEP: 14409-120 – Franca (SP), Brazil