

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

CURSO DE GRADUAÇÃO ANTROPOLOGIA

**OS SENTIDOS DO ENVELHECIMENTO E DA SAÚDE A PARTIR DAS NOVAS
TECNOLOGIAS:
UM ESTUDO ANTROPOLÓGICO COM PARTICIPANTES DO GRUPO DE
CONVIVÊNCIA REVIVER EM BELO HORIZONTE, MG**

Erica Aparecida Gomes Rocha

**Belo Horizonte
2014**

Erica Aparecida Gomes Rocha

**OS SENTIDOS DO ENVELHECIMENTO E DA SAÚDE A PARTIR DAS NOVAS
TECNOLOGIAS:
UM ESTUDO ANTROPOLÓGICO COM PARTICIPANTES DO GRUPO DE
CONVIVÊNCIA REVIVER EM BELO HORIZONTE, MG**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Antropologia.

Orientadora: Prof. Dra. Érica Renata de Souza

**Belo Horizonte
2014**

Erica Aparecida Gomes Rocha

**OS SENTIDOS DO ENVELHECIMENTO E DA SAÚDE A PARTIR DAS NOVAS
TECNOLOGIAS:
UM ESTUDO ANTROPOLÓGICO COM PARTICIPANTES DO GRUPO DE
CONVIVÊNCIA REVIVER EM BELO HORIZONTE, MG**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Antropologia.

Orientadora: Prof. Dra. Érica Renata de Souza

Prof. Dra. Érica Renata de Souza (Orientadora)

Prof. Dra. Ana Lúcia Modesto (Professora Convidada)

Belo Horizonte, 02 de Dezembro de 2014.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora Erica Souza, pela disponibilidade, atenção e cuidado na orientação deste trabalho. Aos demais professores do Departamento de Antropologia e Arqueologia da UFMG pela transmissão do conhecimento e ampliação dos meus horizontes. Aos colegas do curso por compartilharem comigo esta caminhada e pela troca de experiências enriquecedora.

Agradeço aos frequentadores do Grupo de Convivência Reviver da Paróquia Santa Mônica pela acolhida e contribuição espontânea à minha pesquisa, fazendo com que este trabalho fosse possível.

Aos colegas de trabalho, em especial Gizele e Rhafaela, que contribuíram e enriqueceram com suas discussões este trabalho, mesmo sem compreender ao certo o que faz um antropólogo.

A Tamara, Naiara e Bruno pela disponibilidade para o “suporte técnico” nas questões em que eu tenho pouco domínio.

Agradeço imensamente à minha família. Aos meus pais por sempre me incentivarem a estudar e buscar cada vez mais conhecimentos. À minha irmã por dividir reflexões, alegrias e dificuldades. Ao João Paulo, meu esposo amado, por compreender a minha ausência e ainda assim me incentivar ao longo do curso, me fazendo mudar de ideia sempre que eu pensei em desistir. Ao meu filho que soube esperar até o fim desta graduação para vir ao mundo, possibilitando assim a conclusão deste curso. A toda a família Gomes pelo afeto e alegrias compartilhadas. À família Rocha pelas discussões de domingo à tarde, por me tornar uma pessoa mais politizada, engajada e questionadora.

E à vida, por ter me proporcionado encontros tão maravilhosos!

EPÍGRAFE

Reinauguração

*Entre o gasto dezembro e o florido janeiro,
entre a desmistificação e a expectativa,
tornamos a acreditar, a ser bons meninos,
e como bons meninos reclamamos
a graça dos presentes coloridos.
Nessa idade - velho ou moço - pouco importa.
Importa é nos sentirmos vivos
e alvoroçados mais uma vez, e revestidos de beleza,
a exata beleza que vem dos gestos espontâneos
e do profundo instinto de subsistir
enquanto as coisas em redor se derretem e somem
como nuvens errantes no universo estável.
Prosseguimos. Reinauguramos. Abrimos olhos
gulosos a um sol diferente que nos acorda para os
descobrimientos.
Esta é a magia do tempo.
Esta é a colheita particular
que se exprime no cálido abraço e no beijo
comungante,
no acreditar na vida e na doação de vivê-la
em perpétua procura e perpétua criação.
E já não somos apenas finitos e sós.
Somos uma fraternidade, um território, um país
que começa outra vez no canto do galo de 1º de
janeiro
e desenvolve na luz o seu frágil projeto de
felicidade.*

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

O objetivo deste trabalho é analisar os novos sentidos do envelhecimento a partir das novas tecnologias em saúde. Atualmente presenciamos um aumento da longevidade proporcionado em grande medida pelo surgimento de novas tecnologias em saúde, avanços da medicina diagnóstica e o surgimento de recursos para cura de doenças antes fatais. Tal situação nos impõe a necessidade uma nova forma de pensar a velhice. Para a realização do trabalho de campo foi escolhido o Grupo de Convivência Reviver, que acontece na Paróquia Santa Mônica, em bairro de mesmo nome em Belo Horizonte. O grupo se reúne semanalmente há dezoito anos e surge com o intuito de aproximação da igreja católica com os idosos da comunidade, buscando conhecer melhor sua condição e necessidades de saúde e intervir na prevenção de adoecimentos e promoção da saúde. O campo com os participantes do Grupo de Convivência Reviver nos possibilita compreender a percepção que os participantes do grupo têm sobre sua condição de saúde, velhice e envelhecimento.

Palavras-chave: envelhecimento, saúde, antropologia.

ABSTRACT

The objective of this paper is to analyze the new meanings of aging from new healthcare technologies. Currently we have witnessed an increase in longevity largely provided by the emergence of new healthcare technologies, advances in diagnostic medicine and the emergence of resources to cure previously fatal diseases.

This situation imposes on us the need for a new way of thinking about old age. To perform the fieldwork was chosen the Companionship Group “Reviver”, that takes place in the Parish Church of Santa Monica, in neighborhood of the same name in Belo Horizonte. The group meets weekly for eighteen years and arises with the intention to approximate the catholic church with the elderly of the community, seeking to know better their condition and health needs and intervene in the prevention of illnesses and health promotion. The ethnography with the members of the Companionship Group “Reviver” enables us to understand the perception that the group members have about their own health condition, old-age and aging.

KEY WORDS: Aging, health, anthropology.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 08 |
| CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO E SUAS NUANCES | 11 |
| 1.1 - Velhice ou Terceira idade | 12 |
| 1.2 - Velhice como construção social | 16 |
| 1.3 - Corpo e envelhecimento social | 22 |
| 1.4 - Velhice e aposentadoria..... | 25 |
| 1.5 - Velhice e gênero..... | 28 |
| CAPÍTULO 2 – SAÚDE E ENVELHECIMENTO | 32 |
| 2.1 - O que é saúde? | 33 |
| 2.2 - Promoção de saúde | 36 |
| 2.3 - A condição de saúde dos idosos..... | 38 |
| 2.4 - Sobre tecnologias de saúde | 40 |
| CAPÍTULO 3 – OS SENTIDOS DO ENVELHECIMENTO E DA SAÚDE PARA OS PARTICIPANTES DO GRUPO DE CONVIVÊNCIA REVIVER | 43 |
| 3.1 Minha chegada ao campo | 44 |
| 3.2 Caracterizando o campo..... | 45 |
| 3.3 - Percepção da saúde..... | 49 |
| 3.4 - O uso de medicamentos na velhice | 50 |
| 3.5 - Sobre envelhecer e ser velho..... | 51 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 57 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 61 |

INTRODUÇÃO

As percepções que as pessoas têm do envelhecimento e as mudanças no curso da vida são temas que tem ganhado interesse cada vez maior nos contextos de pesquisa (Debert, 2012; Debert e Goldstein, 2000; Lins de Barros, 2007, dentre outros). O objetivo inicial deste trabalho estava voltado à investigação do modo como as novas tecnologias em saúde interferem na percepção sobre o processo de envelhecimento de moradores de um bairro pobre de Belo Horizonte, inseridas em atividades coletivas.

Como metodologia utilizada nesta pesquisa foi realizado levantamento bibliográfico sob a ótica da antropologia sobre envelhecimento e saúde, além de dados estatísticos e da área da saúde. Posteriormente foi realizada observação participante no Grupo de Convivência Reviver, em Belo Horizonte. A partir da observação participante e concomitante a ela foram selecionados alguns participantes para a realização de entrevistas semi-estruturadas sobre o sentido do envelhecimento e da saúde a partir das novas tecnologias em saúde. Por fim, foi realizada uma análise crítica da bibliografia existente à luz dos dados de campo.

Com o decorrer do trabalho de campo, novas perspectivas foram ganhando foco e outras foram sendo minimizadas. A minha suspeita quando da proposição desta pesquisa era de que a velhice, e conseqüentemente os sentidos do envelhecimento e da saúde, eram muito distintos entre velhos pobres e os de classe média. Com o desenvolvimento da pesquisa e a comparação com os dados bibliográficos pude perceber que os velhos de ambas as classes atribuem sentidos muito próximos ao envelhecimento e à saúde nesta fase da vida.

Para que o trabalho de campo possa ser compreendido à luz das referências bibliográficas, no Capítulo 1 apresento a discussão sobre o envelhecimento e suas nuances, justifico teoricamente a opção deste trabalho pelo uso do termo velhice e aponto seu caráter como categoria construída socialmente. A questão do envelhecimento e de como ele é percebido ao longo da história foi também resgatada por meio do levantamento bibliográfico. Abordo ainda questões ligadas ao corpo, aposentadoria e gênero na velhice.

O Capítulo 2 versa sobre o tema saúde e envelhecimento e traz definições importantes sobre saúde, promoção de saúde, a condição de saúde dos idosos no Brasil e as tecnologias de saúde. Neste ponto é traçado e problematizado um panorama das tecnologias em saúde existentes atualmente que se propõem a ampliar o tempo de vida das pessoas, bem como

melhorar a qualidade de vida. É neste contexto que esta pesquisa busca analisar os novos sentidos do envelhecimento a partir das novas tecnologias em saúde, aqui entendidas desde recursos medicamentosos até os grupos de convivência, saúde e lazer.

No Capítulo 3 esta pesquisa traz reflexões à luz da bibliografia da maneira como os participantes do Grupo de Convivência Reviver, criado em setembro em 1996 por iniciativa da Pastoral da Saúde da Paróquia Santa Mônica, em Belo Horizonte, percebem o processo de envelhecimento, como estas novas tecnologias interferem em tal percepção e que novos sentidos sobre o processo de envelhecimento são gerados a partir do uso das novas tecnologias.

Meu interesse no estudo do tema se deu em decorrência de meu trabalho enquanto profissional da saúde em um Centro de Saúde de Belo Horizonte e no interesse sobre o envelhecimento. Olhar para um fenômeno tão próximo sobre a ótica da antropologia me possibilitou o tão discutido estranhamento do familiar. Tal estranhamento não surge de maneira fácil, mas exigiu de mim um esforço de troca de lentes, mudança de foco de um fenômeno tão comum pessoal e profissionalmente.

Neste ponto, apoio-me em Geertz (1989) para dizer que a minha leitura do fenômeno em questão exigiu um distanciamento de categorias que me eram muito próximas, principalmente baseadas num olhar psicológico, para conseguir ler, sob a ótica da antropologia, o fenômeno do envelhecimento.

Fazer a etnografia é como tentar ler (no sentido de “construir uma leitura de”) um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não como sinais convencionais do som, mas como exemplos transitórios de comportamento modelado. (GEERTZ, 1989, p.7)

Gostaria de deixar claro que este trabalho não tem a pretensão de demonstrar a “verdade” do que acontece nos encontros do Grupo de Convivência Reviver, nem tampouco apresentar a visão dos velhos que participam de tais encontros. Reconheço neste ponto a limitação do fazer antropológico e de minha visão enquanto (quase) antropóloga de colocar neste trabalho as minhas interpretações do modo como os meus informantes percebem e vivenciam tais encontros. Neste sentido, de maneira análoga a de Geertz (1997), acredito que

(...) o etnógrafo não percebe – principalmente não é capaz de perceber – aquilo que seus informantes percebem. O que ele percebe, e mesmo assim com bastante insegurança, é o “com que”, ou “por meio de que” ou “através de que” (ou seja lá qual for a expressão) os outros percebem. (GEERTZ, 1997, pág. 89)

Deste modo, esclareço que este trabalho, resultado de minhas interpretações das experiências que tive junto ao Grupo de Convivência Reviver, possibilitou-me uma ampliação do olhar em relação ao fenômeno do envelhecimento e a ressignificação de ideias e do modo de perceber o velho e a velhice.

CAPÍTULO 1

ENVELHECIMENTO E SUAS NUANCES

O aumento da longevidade humana e o crescimento da população de velhos no Brasil e no mundo nos impõe a necessidade de lançar um novo olhar sobre o fenômeno do envelhecimento. Neste capítulo serão abordadas as diversas nuances do envelhecimento.

O capítulo versa sobre as diversas mudanças que a representação social da pessoa envelhecida sofre ao longo do tempo, discorre sobre as categorias classificatórias na construção ética do objeto velho, apontando para o fato de que a categoria velhice é socialmente produzida.

Se antes o envelhecimento era considerado o fluxo natural, na modernidade busca-se combater a velhice por medo de perder prestígio e posição social. Como estrutura simbólica o corpo é percebido e (re)significado de diferentes formas a partir das práticas e experiências de cada indivíduo.

A velhice coincide com a aposentadoria e o afastamento das atividades de trabalho e assim os estereótipos do velho como incapaz e inativo é ainda mais reforçado.

Neste período da vida, diferente do que muitas pessoas compreendem as diferenças de gênero permanecem fortemente marcadas e o modo como homens e mulheres vivenciam a velhice é bastante distinto.

CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO E SUAS NUANCES

1.1 Velhice ou terceira idade?

Muito tem se falado sobre envelhecimento populacional no Brasil, no entanto este ainda é um fato novo que suscita grandes questões ligadas aos cuidados que tal envelhecimento irá gerar.

No ano de 1991, segundo censo realizado pelo IBGE, a população residente no Brasil com 60 anos ou mais de idade correspondia a 7,3% da população total do país. Já no censo realizado pelo IBGE em 2000, esta mesma população passa a corresponder a 8,6% da população total do país. (BRASIL, 2002a) De acordo com os dados do último censo, realizado pelo IBGE em 2010, a população residente no Brasil com 60 anos ou mais de idade representa 10,7% da população total do país. De acordo com os dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios), também realizada pelo IBGE, no ano de 2013 o número de pessoas com 60 anos ou mais de idade corresponde a 13,0% da população. (BRASIL, 2013)

A partir destes dados pode-se perceber o crescimento constante da população idosa no Brasil. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de idosos. Neste sentido, é urgente a necessidade de reestruturação de políticas públicas que auxiliem a sociedade a enfrentar essa nova realidade.

Farah et al (2009) nos apontam que, nas últimas décadas, houve um considerável aumento da longevidade humana, que coincide com o período de afastamento das atividades de trabalho formal. Até algumas décadas atrás, a velhice estava associada a doenças e limitações, tanto físicas quanto psíquicas. Por este motivo, havia muito medo de se pensar sobre o envelhecimento.

Com o surgimento de novas tecnologias em saúde, os avanços da medicina diagnóstica e o surgimento de recursos para cura de doenças antes fatais, ocorre o aumento da longevidade e com isso surge uma nova forma de pensar essa fase da vida.

Debert (2007) esclarece que a velhice não é uma categoria natural, mas é uma categoria socialmente produzida. As representações sobre a velhice, posição social dos velhos e o tratamento dado a eles pelos mais jovens varia de acordo com o contexto histórico, social e cultural em que se encontram. O mesmo pode-se dizer de outras etapas da vida, tais como infância, adolescência e juventude.

Peixoto (2007) nos aponta que no Brasil as políticas sociais e o interesse do Estado na questão da velhice caminha a passos lentos e a reflexão sobre esta temática só tem início a partir do rápido aumento da população acima de 60 que se torna um problema social. A velhice se torna problema social, sobretudo, pelo impacto econômico na estrutura financeira das empresas e do Estado, mas também pelo impacto nas estruturas familiares, que até então arcavam com o custo de seus velhos, incapazes de prover o próprio sustento.

A autora nos aponta ainda que a representação social da pessoa envelhecida sofre diversas modificações ao longo do tempo. As mudanças sociais reclamavam políticas sociais para a velhice, políticas essas que exigiam a criação de categorias classificatórias adaptadas à nova condição moral, assim como a construção ética do objeto velho.

Neste ponto, cabe-nos uma definição importante sobre o termo aqui utilizado para fazer menção às pessoas acima de 60 anos. Não se trata de uma escolha aleatória. A terminologia utilizada apresenta uma gama de significados e aponta para a lente sobre a qual é percebida essa população.

O termo terceira idade, tal como nos aponta Debert (1997), surge como fruto de um processo crescente de socialização da gestão da velhice. Assim, o termo terceira idade é usado para designar os idosos autônomos e que impõe à sociedade, inclusive em termos de mercado consumidor, uma nova organização da geografia social. A terceira idade não é sinônimo de decadência, pobreza ou doença, mas um tempo privilegiado para atividades livres dos constrangimentos profissionais e familiares.

Debert (1997) refere que os programas para a terceira idade possuem um poder mobilizador e produzem um discurso que se empenham em rever os estereótipos negativos ligados à velhice e abrem espaço para que experiências bem sucedidas de envelhecimento sejam vividas coletivamente. O envelhecimento deixa de ser um processo de perdas e são criadas oportunidades de explorar novas identidades, retomar projetos abandonados em outras fases da vida e estabelecer relações mais saudáveis com o resto do mundo.

Para Peixoto (2007) a transformação da imagem das pessoas envelhecidas impôs a criação de um novo termo que designe mais respeitosa a representação dos jovens aposentados da França, a partir de 1962. A natureza da velhice passa a ser vista como “integração” e “autogestão”. Deste modo, cria-se uma série de equipamentos e serviços que tomam a sociabilidade como o principal objetivo da representação social da velhice. Há uma imposição

de cuidados alimentares, prática de exercícios físicos, mas também necessidades culturais, sociais e psicológicas. Assim a criação do termo “terceira idade” surge como eufemização que objetiva tornar nominável, público, o que até agora havia sido rechaçado.

Peixoto (2007) esclarece que o uso do termo “terceira idade” no Brasil surge como um decalque do vocábulo francês utilizado após a implantação de políticas sociais para a velhice na França. Entretanto, se o movimento de transformação da imagem do velho ocorre de modo bem sucedido, a criação de um sistema de proteção à velhice aparece ainda como um esboço inacabado. A velhice ainda não se configura como pauta importante na lista das ações políticas no Brasil. A categoria terceira idade traz a tona um novo mercado consumidor de turismo, produtos de beleza e alimentares, bem como novas especialidades profissionais, como gerontólogos e geriatras. Ela mascara a realidade social e a heterogeneidade econômica e etária da população brasileira.

Debert (1997) aponta que as novas imagens do envelhecimento surgidas a partir da construção da terceira idade ocupam amplo espaço na mídia abrindo novos campos para a articulação de demandas políticas e constituição de novos mercados de consumo. As iniciativas voltadas à terceira idade tornam o envelhecimento uma experiência mais gratificante, entretanto ainda há uma enorme precariedade dos mecanismos de que dispomos para lidar com os problemas da velhice. A autora chama a atenção para o fato de que a imagem do envelhecimento ligada à terceira idade não fornece instrumentos para enfrentar os problemas que estigmatizam o velho e que são fundamentais para que um indivíduo seja reconhecido como um ser autônomo, capaz de um exercício pleno dos direitos de cidadania.

Ao contrário do termo terceira idade, o termo velhice possui uma conotação historicamente negativa, sendo ligado à decadência, pobreza e doença. Peixoto (2007) aponta que, na França do século XIX, o velho era aquele que não conseguia assegurar seu futuro financeiro. Os que não detinham estatuto social eram denominados velhos ou velhotes. Por não possuírem bens, apenas sua força de trabalho a velhice de trabalhadores estava vinculada à incapacidade de produzir. Tal velhice trabalhadora possuía condições de vida miseráveis.

Peixoto (2007) esclarece que no caso do Brasil a conotação negativa do termo “velho” segue um processo semelhante ao que ocorreu na França, entretanto é mais recente, uma vez que a velhice como objeto de estudo só entra em cena no Brasil mais recentemente. Até os anos 60 o termo mais utilizado para classificar a pessoa envelhecida era sobretudo “velho”. No

entanto, este termo era usado de modo geral e não possuía, a priori, um caráter pejorativo. Era um termo repleto de ambiguidade, podendo expressar afeto ou ser pejorativo, dependendo da entonação ou contexto em que era usado.

A partir dos anos 1960, como aponta Peixoto (2007) os ecos da mudança da imagem da velhice que acontecia na Europa chegaram ao Brasil. Ampliou-se o uso do termo “idoso” de modo a marcar uma forma de tratamento mais respeitosa. Neste período o termo “velho” passa a apresentar uma conotação negativa, sendo utilizado para designar as pessoas envelhecidas que estavam ligadas às camadas mais populares e que apresentassem de modo mais amplo os traços do envelhecimento e declínio. Por este motivo, há a exclusão do termo “velho” de documentos oficiais de instituições governamentais, textos demográficos e literatura em geral, sem que isso represente uma mudança real na política social voltada para a velhice.

A autora também aponta que o termo velho pode ou não estar carregado de conotações negativas, mas neste caso é utilizado para reforçar uma situação de exclusão social. É sobre esta ótica que se localiza a preferência deste trabalho pelo termo “velho” ou “velhice”, uma vez que esta terminologia aponta de maneira mais apropriada para o público estudado neste trabalho explicitando melhor suas necessidades e anseios.

Lins de Barros (2006) aponta que a construção social sobre a terceira idade se opõe ao estigma da velhice, percebida como fim da vida, doença ou solidão. Ela chama a atenção para o fato de que estes dois modelos de envelhecimento coexistem na sociedade, não como formas incorporadas nas trajetórias de vida, mas como pautas de questões e de referências para a ação. A autora aponta ainda que, em relação ao contexto brasileiro, estes dois modelos devem ser analisados com relação às desigualdades sociais que expressam grande número de velhos que vivem na pobreza, impedidos de fazer parte do distinto grupo da terceira idade, usufruindo do consumo de novas tecnologias e estilo de vida que assume uma imagem associada à beleza, força e vitalidade.

As mudanças na legislação brasileira criando políticas sociais voltadas para a velhice entre as décadas de 1970 e 1980, principalmente no que tange ao direito a aposentadoria, cria uma profunda relação entre aposentadoria e velhice, designando velhos aqueles que não são mais considerados produtivos. Em todas as sociedades industriais, tal como apontado por Peixoto (2007), a criação da aposentadoria provoca reestruturação do ciclo de vida estabelecendo três

fases: infância – como período de formação, idade adulta – como a época de produção, e velhice – como tempo de repouso e não-trabalho.

Lins de Barros (2006) aponta que a aposentadoria está associada à velhice e a uma série de imagens negativas e estigmas desta fase da vida, pressupõe a perda de espaços de sociabilidade construídos por meio do trabalho, diminuição da saúde, da força física e mental. A pessoa se vê dividida entre usufruir o tempo livre e o medo deste momento que está associado com o fim da vida. Neste sentido a velhice, tal como a aposentadoria, acaba por se configurar como uma morte social.

A autora nos chama a atenção para uma pesquisa realizada por ela em 1981, em que ficou expresso pelas entrevistadas que - apesar da ideia amplamente difundida socialmente de que não cabe ao velho fazer planos para o futuro - tais mulheres apontaram para a própria percepção da velhice como último momento da vida que torna possível a criação e execução de um projeto de vida. O limite percebido para a execução de tais projetos não é necessariamente a morte biológica, mas a morte social, que retira do sujeito sua autonomia, independência e condição de agir plenamente como indivíduo.

1.2 Velhice como construção social

E qual é o marcador usado para definir o que é ser velho? O lugar ocupado pelos velhos é sempre o mesmo, em qualquer grupo ou cultura? A partir destas perguntas pode-se buscar uma compreensão da velhice como construção social, uma vez que cada cultura se utiliza de diferentes marcadores para definir a velhice e em cada uma delas o idoso tem um papel diferente na organização social.

De acordo com Debert (2007), para se pensar a produção e reprodução da vida social temos como material privilegiado as formas de periodização da vida, categorias de idade presentes na sociedade e o caráter dos grupos etários nela constituídos. Entretanto, segundo ela, esses estudos esbarram em três conjuntos de dificuldades próprias de problemáticas com as características a seguir: *“categorias culturalmente produzidas, que têm como referência processos biológicos universais; questões que nas sociedades ocidentais contemporâneas passaram a ser problemas sociais; e temas em torno dos quais se institucionaliza um discurso científico especializado”* (DEBERT, 2007, pág. 49).

A autora afirma que a categoria velhice é socialmente produzida. As representações sobre a velhice, posição social dos velhos e o tratamento dado a eles pelos mais jovens varia de acordo com o contexto histórico, social e cultural em que se encontram. O mesmo pode-se dizer de outras etapas da vida, tais como infância, adolescência e juventude.

As etnografias clássicas tem duplo objetivo: oferecer uma descrição densa das particularidades culturais e transcender os particularismos. Para isso é necessário relativizar noções que tendem a operar uma naturalização da vida social. As etnografias clássicas nos mostram também que todas as sociedades possuem classificações de fases da vida, mas cada cultura a elabora de maneira própria. Assim, a idade não é um dado da natureza, não deve ser entendida como um princípio constitutivo de grupos sociais ou fator explicativo de comportamentos humanos. Nesse sentido, a pesquisa antropológica sobre períodos da vida mostra como um processo biológico é elaborado simbolicamente com rituais que definem fronteiras entre idades pelas quais passam os indivíduos, não sendo necessariamente as mesmas em todas as sociedades. (DEBERT, 2007)

Debert (2007) aponta que as formas de periodizar a vida e a definição das práticas relacionadas a cada período apresentam variações de acordo com grupos sociais de uma mesma sociedade. Neste sentido, a divisão por idade é uma criação arbitrária construída culturalmente e que muda historicamente, o que não retira delas a efetividade. As categorias e grupos de idades impõem uma visão de mundo social que contribui para a manutenção ou transformação de posições em espaços sociais específicos.

A autora pondera que na tentativa de se buscar universais comuns a todas as culturas corre-se o risco de cair em categorias vazias. Nas pesquisas sobre as etapas da vida de modo geral, bem como sobre o envelhecimento, a busca de universais é prejudicada pela dificuldade em definir a especificidade e precisar os limites dessa etapa. Não se podem definir as etapas de vida de uma sociedade tomando como base nossos próprios critérios. É preciso levar em conta a diferença entre idade cronológica, idade geracional e níveis de maturidade, enquanto princípios organizadores do curso da vida.

Para tratar de idade cronológica, idade geracional e níveis de maturidade, Debert (2007) recorre a Meyer Fortes¹ para explicitar que os antropólogos erroneamente projetam categorias relacionadas à idade cronológica nos grupos estudados. Na maioria das sociedades não

¹ FORTES, M. Age, generation, and social structure. In: Kertzer, D. & Keith, J. (eds.). **Age and anthropological theory**. Ithaca, Cornell University Press, 1984.

ocidentais a idade cronológica, baseada em sistemas de datações, está ausente. Nas sociedades ocidentais elas representam o mecanismo básico de atribuição de status, de definição de papéis ocupacionais e formulação de demandas sociais. Meyer Fortes aponta que o envelhecimento pode ser uma experiência muito distinta nas sociedades ocidentais e não ocidentais.

A autora aponta que nas sociedades ocidentais, por exigência das leis que determinam direitos e deveres dos cidadãos, critérios e normas de idade cronológica são impostos e desconectados de um aparato que domine a reflexão sobre os estágios de maturidade. Isso mostra também a flexibilidade na criação de novas etapas e redefinição de direitos e obrigações.

Essa fluidez, e ao mesmo tempo efetividade, na definição de experiências individuais e coletivas transforma a idade cronológica em um elemento simbólico extremamente econômico no estabelecimento de laços entre grupos bastante heterogêneos no tocante a outras dimensões. Laços simbólicos que são extremamente maleáveis, pois neles podem ser embutidas e agregadas outras conotações que nada têm a ver com ordem de nascimento, estágio de maturidade ou geração. (DEBERT, 2007, pág. 57).

Debert (2007) retoma Fortes para mostrar que os sistemas de datações são irrelevantes se não forem cruciais no estabelecimento de direitos e deveres políticos e só possuem importância quando o quadro político jurídico ganha precedência sobre as relações familiares e de parentesco para determinar a cidadania. A idade cronológica e o princípio geracional são elementos da estrutura social e valores culturais. As gerações tem como referência a família e as idades são institucionalizadas política e juridicamente.

Um dos apontamentos para o qual Debert (2007) chama a atenção é que o processo de individualização tem uma de suas dimensões fundamentais na institucionalização do curso da vida. Houve a supressão de um modo de vida em que a idade cronológica é irrelevante em favor de uma em que a idade se caracteriza como dimensão fundamental da organização social. Um dos fatores atribuídos a essa transformação é o fato de que a padronização do curso da vida pode ser entendida como uma resposta a mudanças estruturais na economia, devidas principalmente à transição de uma economia de base doméstica para uma economia baseada no mercado de trabalho. De maneira inversa, dá-se ênfase ao papel do Estado moderno que, na mudança de questões que diziam respeito à esfera privada e familiar em problemas de ordem pública se constitui como a instituição que orienta o curso da vida.

Debert (2007) descreve que essa institucionalização do curso da vida, que é própria da modernidade, não implica simplesmente a regulamentação das sequências da vida, mas

também constitui perspectivas e projetos de vida através dos quais os indivíduos se orientam e planejam ações individual e coletivamente. Ela chama a atenção para o fato de que a ideia de geração não se refere a pessoas que compartilhem a mesma idade, mas a pessoas que vivenciaram determinados eventos que definem trajetórias passadas e futuras. Apesar de assumir várias conotações, o conceito de geração possui uma efetividade que ultrapassa o nível das relações na família, direcionando transformações que são incorporadas na esfera política.

A autora aponta que desprezar a reflexão sobre como o envelhecimento físico ou a idade cronológica se tornaram mecanismos de classificação e separação das pessoas, o que implica em perder a chance de descrever os processos que faz com que os indivíduos sejam designados como velhos, jovens, adolescentes ou crianças. Deste modo, não cabe ao antropólogo a resolução de um problema social, mas a compreensão de como ele é constituído e o conjunto de representações que orientam as práticas que destinam-se a solucioná-lo. Este processo envolve um rompimento com as definições socialmente admitidas dos fenômenos.

Debert (2007) esclarece que a transformação da velhice em problema social não resulta simplesmente do aumento do número de pessoas idosas, como sugere a noção de envelhecimento demográfico, frequentemente usada para demonstrar o interesse em pesquisas sobre o tema. É, antes de mais nada, uma construção social. Neste sentido, mais que solucionar os problemas econômicos dos idosos, trata-se de ampliar os cuidados para o âmbito cultural e psicológico de modo a integrar socialmente uma população marginalizada. Assim, o discurso sobre a terceira idade contribui para acelerar e direcionar processos, ao operar reclassificações que são constitutivas das formas de gestão do envelhecimento.

A autora aponta que nas sociedades ocidentais contemporâneas a velhice não é apenas um problema social, é também parte de um discurso científico de uma especialidade: a gerontologia. A ideia atual é apontar os problemas causados pelo aumento da população idosa, em oposição à diminuição das taxas de natalidade, para a perpetuação da vida social. O envelhecimento se torna um perigo e uma ameaça à vida social. Ela ressalta que a autonomização da velhice é um dos obstáculos encontrados pelo pesquisador na construção de seu objeto de pesquisa, levando-o a limitar seu campo de trabalho ao estudo da última etapa da vida. Em uma análise cultural, este campo deve ser ampliado e busca-se compreender os pressupostos que organizam as representações sobre a velhice nesses discursos.

A antropologia, ao mostrar que a velhice é uma construção social, ao acompanhar sua constituição em problema social e ao discutir os pressupostos que regem o discurso gerontológico, oferece elementos para a politização dos debates e da luta envolvida no tratamento do conjunto de questões indissolivelmente ligadas ao envelhecimento. (DEBERT, 2007, pág. 66)

De acordo com Mauss (2003a,) o modo como cada sociedade percebe o envelhecimento possui estreita relação com a noção de pessoa existente e que varia de sociedade para sociedade. Ela traduz um modelo de relações entre os membros de uma sociedade e deles com o contexto social.

É importante ressaltar que em diversas sociedades não se nasce pessoa, e o processo de tornar-se pessoa acontece de diversas formas. Mauss (2003a) chama a atenção para o fato de que a ideia de “pessoa”, tida por nós como inata e natural, surge e cresce lentamente ao longo dos séculos e ainda hoje necessita de maior elaboração. Ele aponta para o fato de que não há nenhuma língua ou sociedade indígena onde não existisse a palavra “eu” ou que esta não expressasse algo nitidamente representado. Tal como nunca houve um ser humano que não tivesse tido o senso, não somente de seu corpo, mas ainda de sua atividade espiritual e corporal ao mesmo tempo.

Mauss (2003a) discorre sobre a noção de pessoa como fato moral, de pessoa cristã e de pessoa como ser psicológico. Conclui assim que apesar de tanto já ter sido dito sobre o tema não se tem nenhuma garantia de que ela já se encontra estabelecida. A categoria só está estabelecida de tal forma para nós e entre nós. Assim, a antropologia social, a sociologia e a história nos ajudam a ver o caminho percorrido pelo pensamento humano através do tempo, das sociedades, seus contatos, mudanças e caminhos aparentemente mais arriscados pelos quais ele consegue se articular. Entretanto ainda é necessário tomar consciência de nós mesmos, aperfeiçoando e articulando ainda mais a categoria de pessoa.

Da mesma maneira o conceito de velhice apresenta diversas nuances que ainda precisam ser desveladas pela antropologia. Seja no pensamento ocidental ou não-ocidental, há formas muito diferentes de se perceber e de lidar com a velhice.

Seeger (1980) nos descreve que entre os índios Suyá os velhos possuem um comportamento bem humorado e criativo. Segundo ele, a palhaçada dos velhos era esperada, desejada e altamente apreciada pelo restante da população que lhes presenteava com comida. Esse comportamento possui ainda caráter importante durante a realização de rituais. Ele chama a atenção para o fato de que muitos comportamentos tidos por ele (e por nós) como sentimentos

ou comportamentos individuais na verdade são expressão de sentimentos e comportamentos definidos culturalmente.

O autor aponta que dentre os Jê setentrionais as classes de idade não se baseiam em termos de anos, como em nossa sociedade. Elas equivalem a estágios do ciclo vital do indivíduo em relação a sua vida familiar. As classes de idade são hierárquicas e as pessoas mais idosas possuem maior prestígio e mais respeito que os mais jovens.

Entre os Suyá, conforme descrito por Seeger (1980), há uma inversão no que se refere à dependência em relação ao grupo que se expressa de diferentes formas. Em relação à sexualidade, os homens deixam de ser considerados viris e as mulheres só se tornam velhas quando entram na menopausa. Ambos brincam publicamente com temas sexuais e este assunto que, assim como a comida, são restritos e objeto de vergonha para eles. O humor aparece sempre em relação às ambiguidades da vida e dão a eles o direito de gozar de licença e benefícios especiais.

Seeger (1980) expõe ainda o modo como os velhos se sentem. Referem que são tristes por sempre se lembrarem de parentes e amigos mortos. Passam por períodos de recolhimento em que dizem que desejam ir para a aldeia dos mortos, onde estão os amigos. Entretanto essa tristeza não é constante e eles participam da vida e dos fuxicos dos vivos. Eles se encontram em uma posição marginal em relação ao resto da sociedade Suyá e muitas vezes também em relação ao mundo dos vivos.

Fica claro, então, que entre os Jê setentrionais e centrais os velhos constituem uma categoria separada e são tratados com algum tipo de respeito. São também vistos como mediadores políticos de disputas e como depositários de informação esotérica. (...) O que não é certo é o grau em que esse respeito generalizado é acompanhado, nas sociedades não-Suyá, por um aumento das palhaçadas e brincadeiras por parte dos velhos. Os velhos não são bem descritos nas monografias existentes, mesmo no caso dos Jê. (SEEGER, 1980, pág. 75)

De acordo com o autor, no Brasil e nos EUA há muitos estereótipos e expectativas culturais em relação aos velhos. Eles são tidos como excêntricos, esclerosados, inúteis, assexuados e dependentes e se faz necessário o questionamento de tais estereótipos. Deste modo ele apresenta que os velhos não são um grupo radicalmente separado da sociedade, mas indivíduos que podem apresentar as mesmas capacidades e necessidades dos adultos, mas que são injustamente estigmatizados. Entretanto, aponta que os velhos Suyá se encontram em situação melhor que os nossos velhos, já que em nossa sociedade os velhos não tem a licença

de expressar as mais profundas ambiguidades culturais e seus sentimentos pessoais de forma jocosa.

1.3 Corpo e envelhecimento social

Lins de Barros (2006) aponta que as ideias de dignidade na velhice estão associadas ao corpo, que nesta fase é ameaçado por diversas intervenções, muitas vezes associadas à adequação ao modelo de envelhecimento da terceira idade, o qual demonstra, portanto, seu caráter disciplinador.

Douglas (1978) esclarece que existem dois corpos, a saber: o corpo físico e o corpo social. O corpo social condiciona o modo como percebemos o corpo físico. A experiência física do corpo é sempre modificada pelas categorias sociais através das quais o conhecemos, que por sua vez mantêm uma determinada visão da sociedade. Neste sentido há uma troca contínua entre as duas experiências, de modo cada um deles reforça as categorias do outro.

Uma das primeiras discussões no âmbito da antropologia do corpo foi feita por Marcel Mauss em 1934 onde ele define como técnicas do corpo “*as maneiras pelas quais os homens, de sociedade a sociedade, de uma forma tradicional, sabem servir-se de seu corpo.*” (MAUSS, 2003a, pág. 401)

Para Mauss (2003b), o modo de andar e movimentar o corpo é uma idiosincrasia social e não apenas o resultado de arranjos e mecanismos individuais e psíquicos.

Esses “hábitos” variam não simplesmente com os indivíduos e suas imitações, variam sobretudo com as sociedades, as educações, as conveniências e as modas, os prestígios. É preciso ver técnicas e a obra da razão prática coletiva e individual, lá onde geralmente se vê apenas a alma e suas faculdades de repetição. (MAUSS, 2003b, pág. 404)

Assim, Mauss (2003b) aponta que imitamos atos bem sucedidos que vimos ser realizados por pessoas em que confiamos e que tem autoridade sobre nós. Neste sentido os atos se impõem de fora, mesmo um ato exclusivamente biológico ligado ao corpo.

É precisamente nessa noção de prestígio da pessoa que faz o ato ordenado, autorizado, provado em relação ao indivíduo imitador, que se verifica todo o elemento social. No ato imitador que se segue, verificam-se o elemento psicológico e o elemento biológico. Mas o todo, o conjunto é condicionado pelos três elementos indissolivelmente misturados. (MAUSS, 2003b, pág. 405)

Mauss (2003a) explicita então que nos adultos não há uma “maneira natural”, todos os modos de agir podem ser considerados técnicas, são técnicas do corpo. Considerar que só há técnica quando há instrumento é um grande equívoco. O corpo é o primeiro instrumento do homem, e também o mais natural. “*Ou, mais exatamente, sem falar de instrumento: o primeiro e mais natural objeto técnico, e ao mesmo tempo meio técnico, do homem, é seu corpo.*” (MAUSS, 2003a, pág. 407)

Douglas (1978) retoma a discussão de Mauss sobre as técnicas do corpo para explicar que o controle corporal constitui uma forma de expressão do controle social e que o abandono do controle do corpo em rituais responde as exigências da experiência social que se expressa. Assim, dificilmente pode-se impor de modo exitoso um controle corporal sem que haja um controle equivalente na sociedade. Por fim, a busca de uma relação harmoniosa entre a experiência do físico e do social deve afetar a ideologia. Como consequência, ao analisar a correspondência entre controle corporal e controle social, temos uma base para considerar atitudes variantes paralelas no que tange ao pensamento político e a ideologia.

Le Breton (2011) nos aponta para o fato de que, se antes o envelhecimento representava para o homem um fluxo natural que o conduziria a um aumento do reconhecimento social, na modernidade o homem busca combater os traços da idade, temendo perder seu prestígio profissional ou sua posição social. Deste modo, o envelhecimento altera a percepção do corpo, alterando também as nossas relações sociais.

Contudo, não é só o envelhecimento que altera a percepção que temos do nosso corpo. A tecnologia altera nossos corpos e com eles altera também a nossa forma de perceber o corpo e o processo de envelhecimento. Featherstone e Hepworth (2000) nos aponta que a tecnologia não é algo que se encontra fora da natureza e da cultura, mas que as formas de produção cultural são cada vez mais alimentadas por meio da tecnologia.

Nossa capacidade de dar sentido ao corpo, de conhecê-lo, de fazer um levantamento dos limites do processo de envelhecimento, não é apenas conduzida por discursos produzidos cada vez mais por meios tecnológicos (usando computadores para escrever, tendo acesso a banco de dados, vendo modelos tridimensionais ou fotográficos ou imagens de corpos em movimento), mas também é permeada por poderosas imagens tecnológicas da flexibilidade e mutabilidade das barreiras e limites do corpo. (FEATHERSTONE e HEPWORTH, 2000, pág. 123)

Para Featherstone e Hepworth (2000), é preciso ver a tecnologia como uma relação na qual a natureza e a constituição corporal humana transformam-se por meio da tecnologia, assim, natureza, corpo humano e cultura devem ser concebidos como processos. A transformação

por meio da tecnologia é também um processo que envolve a fabricação. Assim, a tecnologia não deve ser entendida simplesmente como um conjunto de ferramentas ou técnicas para domínio mais eficiente da natureza, mas como abertura de possibilidades para que os seres humanos possam criar naturezas mais construídas. A tecnologia tem como sonho recriar a natureza e possibilita que os seres humanos criem ambientes ou mundos que podem ser habitados.

São muitas as possibilidades de flexibilidade e mutabilidade das barreiras e limites do corpo. A tecnologia nos permite alterar a aparência e a funcionalidade de nossos corpos. Neste sentido, Haraway (2009) desenvolve seu conceito de ciborgue, um mito político, pleno de ironia. “*Um ciborgue é um organismo cibernético, um híbrido de máquina e organismo, uma criatura de realidade social e também uma criatura de ficção.*” (HARAWAY, 2009, pág. 36) E nos aponta que a medicina moderna está repleta de ciborgues, junções entre organismo e máquina, e que com eles natureza e cultura são reestruturadas, sendo que uma não pode mais ser objeto de apropriação ou de incorporação pela outra.

O mito do ciborgue de Haraway significa a transgressão de fronteiras, potentes fusões e perigosas possibilidades. Os ciborgues da vida real, “*estão ativamente reescrevendo os textos de seus corpos e sociedades*”. (HARAWAY, 2009, pág. 90) Deste modo cria-se a possibilidade de se fabricar humanos melhores, com capacidades ampliadas por meio de dispositivos artificiais.

Le Breton (2007) nos aponta que o corpo na modernidade é resultado do recuo de tradições populares e do advento do individualismo ocidental, traduzindo o aprisionamento do homem sobre si mesmo. Ele é ainda a nossa mediação com o mundo social.

O corpo é uma realidade mutante de uma sociedade para outra: as imagens que o definem e dão sentido à sua extensão invisível, os sistemas de trabalho que procuram elucidar-lhe a natureza, os ritos e símbolos que o colocam socialmente em cena as proezas que pode realizar, as resistências que oferece ao mundo, são incrivelmente variados, contraditórios até mesmo para nossa lógica aristotélica do terceiro excluído segundo a qual se a coisa é comprovada, seu contrário é impossível. Assim, o corpo não é somente uma coleção de órgãos arranjados segundo leis da anatomia e da fisiologia. É, em primeiro lugar, uma estrutura simbólica, superfície de projeção passível de unir as mais variadas formas culturais. Em outras palavras, o conhecimento biomédico, conhecimento oficial nas sociedades ocidentais, é uma representação do corpo entre outras, eficaz para as práticas que sustenta. Mas tão vivas quanto aquelas e por outros motivos, são as medicinas ou as disciplinas que repousam em outras visões do homem, do corpo e dos sofrimentos. (LE BRETON, 2007, pág. 28 e 29)

Por ser uma estrutura simbólica é que o corpo pode ser percebido de diversas formas. Cada pessoa (re) significa a percepção e os sentidos de seu corpo a partir de suas práticas e experiências. A experiência de envelhecer em um contexto onde quase tudo pode ser feito para manter-se jovem traz um novo modo de perceber, sentir e lidar com o corpo.

Enquanto materialidade é que o corpo media nossas relações com o mundo social. Le Breton (2007) nos aponta que o corpo é “*o vetor semântico pelo qual a evidência da relação com o mundo é construída.*” (LE BRETON, 2007, pág.7). Assim, pela corporeidade o homem faz do mundo a extensão de sua experiência. O corpo se torna produtor de sentidos, inserindo o homem no interior do espaço social e cultural. Le Breton (2007) assinala ainda que a relação do homem com o mundo é necessariamente física e sensorial.

Butler (2003) aponta que o que constitui a fixidez do corpo, seus contornos e movimentos será completamente material, mas a materialidade será repensada como o efeito mais produtivo do poder. Ela propõe um retorno à noção de matéria como “*um processo de materialização que se estabiliza ao longo do tempo para produzir o efeito de fronteira, de fixidez e de superfície – daquilo que nós chamamos matéria.*” (BUTLER, 2003, pág. 163)

Butler (2003) esclarece que afirmar que o discurso é formativo não significa afirmar que ele dá origem, causa ou que compõe aquilo que admite, ao contrário significa que não há referência a um corpo puro que não seja, ao mesmo tempo, formação adicional daquele corpo.

De acordo com Butler (2003) a construção não apenas ocorre no tempo mas é um processo temporal atuante através da reiteração de normas. A partir da reiteração são abertos fossos e fissuras vistos como as instabilidades constitutivas dessas construções, como algo que não pode ser definido ou fixado pela repetição da norma. Neste sentido, o corpo é constituído a partir da materialização da norma.

1.4 Velhice e aposentadoria

Peixoto (2000) nos aponta que é importante ressaltar que não há apenas uma velhice, mas maneiras singulares de envelhecer e que cada um envelhece de acordo com uma história de vida individual e da socialização junto ao grupo que se insere. A representação da velhice está ligada à decadência física e à percepção que as pessoas têm de seu próprio envelhecimento mudam à medida que o tempo passa. A velhice coincide com a aposentadoria e o afastamento

das atividades laborais e por este motivo reforçam ainda mais os estereótipos de incapacidade e inatividade da velhice. Confrontar-se com a velhice, principalmente em relação à aposentadoria, cria múltiplas facetas da associação entre envelhecimento e decadência.

Silva (1999) nos aponta que o trabalho é fundamental na constituição de identidade. Por meio dele nos inserimos socialmente e obtemos reconhecimento. A saída do mundo do trabalho por meio da aposentadoria pode proporcionar uma ruptura nos referenciais de reconhecimento do eu, tornando importante uma reconstrução do projeto de vida. O aposentado se depara com a ausência de rotina e um grande tempo livre, sendo assim precisa buscar novos projetos.

Minayo e Coimbra Jr. (2002) apontam que em pesquisas sobre envelhecimento, na área econômica, há referência à diminuição da renda e a um concomitante aumento dos gastos, particularmente em função dos problemas com a saúde. No âmbito das relações sociais, aparece o comprometimento da inserção social devido a morte de parentes e amigos e aposentadoria, favorecendo a diminuição da rede social, a perda de papéis sociais, a marginalização e o isolamento.

Esse cenário impõe aos idosos a possibilidade de retomar ou (re)construir um projeto de vida baseado nessas novas possibilidades de tempo, funções e recursos financeiros. Neste contexto o que percebemos é que há uma grande diferença entre homens e mulheres aposentados.

Debert (2012) aponta que há espaços distintos de participação de homens e mulheres no que tange ao envelhecimento. As mulheres são maioria entre os frequentadores de programas sociais, ao passo que os homens são maioria entre as associações de aposentados. Assim, as diferenças nas formas de representação da velhice e percepção das mudanças ocorridas no envelhecimento, em contextos urbanos brasileiros, por homens e mulheres são elementos fundamentais para compreendermos o uso sexualmente diferenciado destes espaços: *“um público masculino na luta pelos direitos do cidadão e pela redistribuição da riqueza e um público feminino na luta por mudanças culturais amplas que caracterizam os novos movimentos sociais.”* (DEBERT, 2012, pág. 144)

Cada um a seu modo, tanto programas sociais quanto associações de aposentados estão envolvidos na luta contra os estereótipos e preconceitos ligados à velhice no contexto brasileiro. Mas é importante, tal como ressalta Debert (2012), perceber que o perfil dos frequentadores de ambos os grupos está distante do idoso em crise, solitário e inativo que vive em condições precárias e em situação de perda.

Este fato talvez corrobore com o fato, citado por Debert (2012), de que os participantes da Universidade da Terceira Idade, independente da idade, estabelecem uma distância entre eles e os que estão na terceira idade. Eles se distinguem das outras pessoas que, podem até ter

menos idade, mas se comportam como velhos. Tais programas possibilitam o compartilhamento da experiência de recodificação do envelhecimento em uma comunidade, mas não se pode supor que o avanço da idade, automaticamente, dissolveria distinções socioculturais que marcaram todas as etapas anteriores da vida, assim não é possível pensar que a idade pode oferecer uma identidade fixa, unitária e coerente.

Debert (2012) ressalta que nas associações de aposentados a reação aos preconceitos e estereótipos dados à velhice é diferente da presente nos programas para a terceira idade. Os militantes dessas associações se percebem como aposentados e ex-trabalhadores, e não como idosos. O aposentado se representa como alguém que trabalhou por toda a vida e no momento de direito à aposentadoria encontra dificuldades de manter a família, ressaltando o caráter do homem como provedor do lar.

Tal como os participantes de programas para a terceira idade, Debert (2012) aponta que para os militantes das associações de aposentados o velho é o outro. Ainda quando um dos objetivos da luta é ajudá-los, a situação do militante aposentado nunca é expressão da velhice.

De acordo com Debert (2012) há também diferenças que separam a experiência coletiva vivenciada nas associações e nos programas. Para as mulheres participantes dos programas, trata-se de demonstrar o prazer e realização pessoal que o envelhecimento pode proporcionar. As lideranças das associações desprezam os programas para a terceira idade, acusando-os de ter cunho assistencialista e desviar a população de mais idade de seus interesses reais. O movimento dos aposentados é visto pelos participantes dos programas para a terceira idade como capaz de trazer conquistas a todos, mas não há uma participação nas manifestações. Tal diferença é expressa pelas lideranças dos aposentados pela oposição entre lazer e política. Onde a associação ocupa o lugar político e os programas têm a ver apenas com o lazer.

Neste sentido, Debert (2012) aponta que o tipo de laço social estabelecido pelas associações de aposentados e programas para a terceira idade se dá de maneira distinta, por isso eles possuem uma dinâmica participativa distinta. As associações de aposentados estão centradas no aspecto jurídico e financeiro da questão, ao passo que os programas para a terceira idade privilegiam o capital social e cultural dos participantes. Apesar dessas diferenças o interesse político alcançado pelos aposentados nos anos 1990 dificilmente poderia ser compreendido sem levar-se em conta a visibilidade que a terceira idade ganhou ao longo dos anos 1980, que redefiniu a sensibilidade da sociedade brasileira em relação ao avanço da idade e à população de mais velhos.

Apesar de distintos, Debert (1012) aponta que os espaços criados em torno da aposentadoria e da terceira idade envolvem formas de se contrapor a estereótipos e discriminações. O movimento dos aposentados busca estabelecer uma aliança com outros setores desprivilegiados da sociedade, na luta pela redistribuição da renda e por direitos sociais, já os programas para a terceira idade dão maior ênfase às mudanças culturais.

Peixoto (2000) ressalta que são muitos os clichês envolvidos nos meandros simbólicos da imagem da velhice. A inatividade da aposentadoria é compensada por um dinamismo social. Se não existe mais o sentimento de pertencimento a um lugar ou a um grupo de trabalho, é nos espaços públicos que esse sentimento é reproduzido, criando novos laços sociais e estruturando a identidade de velhice.

A diferença do público mobilizado em cada caso aponta para visões distintas das transformações ocorridas no processo de envelhecimento e para os desafios que homens e mulheres de mais idade enfrentam na atualidade. Independente da ênfase, ambos os grupos possibilitam às pessoas envelhecidas uma ampliação da participação social e criam novas identidades e pertencimentos.

1.5 Velhice e gênero

O processo de envelhecimento populacional não é uma realidade apenas brasileira, mas ocorre também em relação à composição da população mundial. Outro aspecto que tem sido apontado em diversos estudos sobre o envelhecimento é o maior número de mulheres em relação ao número de homens encontrado nesta faixa da população. O resultado da desigualdade de gênero na expectativa de vida cria essa proporção maior de mulheres do que de homens nesse grupo populacional. As mulheres vivem, em média, sete anos mais do que os homens, e a este quadro Salgado (2002) denomina feminização da velhice.

Debert (1994) nos aponta que para alguns autores as mulheres na velhice experimentaríamos a soma de dois tipos de discriminação uma advinda do sexo e outra advinda da idade. Na maior parte das sociedades a mulher é valorizada exclusivamente por seu papel reprodutivo e pelo cuidado com as crianças, deste modo sua passagem à velhice é marcada pelo desprezo e desdém. Essa passagem antes de ser contada pela referência cronológica seria marcada por uma série de eventos associados a perdas, dentre eles o abandono dos filhos adultos, a viuvez

ou o conjunto de transformações físicas trazidas pelo avanço da idade. Ela aponta ainda que nas sociedades ocidentais contemporâneas a esse conjunto de perdas deve-se somar o subemprego, os baixos salários, o isolamento e a dependência que caracterizariam a condição das mulheres de mais idade.

Para outros autores, entretanto, Debert (1994) aponta que a velhice feminina apresenta uma maior suavidade em relação à masculina, uma vez que a mulher não apresenta uma ruptura tão forte com o mundo do trabalho, possui vínculos familiares com os filhos mais intensos, que faz com que estes se mostrem mais dispostos a cuidar delas e há uma diminuição do controle sobre elas.

Debert (1994) critica a visão existente à época de que nesta fase da vida haveria uma dissolução das diferenças de gênero e argumenta que sob seu modo de ver as diferenças de classe que dão conteúdo específico à velhice se minimizam frente às diferenças de gênero. Ela traz a tona a discussão sobre os espaços sociais em que homens e mulheres envelhecidos tendem a se inserirem e aponta que no Brasil os programas para a terceira idade mobilizam sobretudo um público feminino, sendo que a participação masculina raramente ultrapassa os 10% e é visivelmente marcado o entusiasmo feminino em contraposição à reserva e indiferença dos homens. Ao contrário, como já apontamos anteriormente, os homens são maioria absoluta nas associações de aposentados e as mulheres figuram por lá apenas como pensionistas.

A autora deixa claro seu interesse em demonstrar que as diferenças nas formas como homens e mulheres representam o que é a velhice e percebem as mudanças ocorridas no envelhecimento nos contextos urbanos brasileiros são elementos fundamentais para entendermos as diferenças de gênero no público mobilizado por cada uma dessas manifestações. Ou seja, essas diferenças são elementos fundamentais para a compreensão das razões pelas quais a luta pelos direitos do cidadão e pela redistribuição da riqueza mobilizam sobretudo um público masculino enquanto a luta por mudanças culturais amplas (que caracteriza os novos movimentos sociais) mobiliza sobretudo as mulheres de mais idade.

Debert (1994) nos aponta que homens e mulheres utilizam mecanismos distintos para estabelecer distância entre sua experiência pessoal e a dos velhos em geral e caracterizam de maneiras distintas as novidades advindas do envelhecimento. Segundo ela, as mulheres significam o envelhecimento como uma passagem de um mundo cheio de regras para um

mundo em que elas podem criar as próprias regras. Na fala das mulheres liberdade e independência são valores que dão uma nova dimensão de bem estar à vida cotidiana.

Em relação ao discurso dos homens, a autora nos aponta a constante necessidade de marcar diferença entre si e os “velhos”, muitas vezes ligada à produtividade e lucidez, que normalmente tem como objetivo demonstrar profundo conhecimento da realidade política e social em que estão inseridos. Os homens ressaltam ainda que, antigamente, o homem velho possuía grande prestígio social e familiar, ocupava um lugar privilegiado em relação aos demais, hoje ele se tornou um peso para a família e objeto de desdém para a sociedade.

Figueiredo et al (2007) apresentam o dado de que, na escuta de homens idosos, é frequente um discurso de não aceitação das condições vivenciadas no processo de envelhecimento, que geralmente culminam com aposentadoria, perdas físicas, emocionais, econômicas e sociais, muitas vezes esses processos possuem sua origem no surgimento de doenças crônicas, perda da vontade de viver sem autonomia e dependência.

Já nas mulheres idosas, é comum o discurso, ao contrário do que foi verificado nos depoimentos dos homens, de melhor adaptação a essas situações de perdas que ocorrem na velhice, até porque, tais mulheres foram criadas dentro de um modelo patriarcal que as colocavam em situação de subordinação ao poder masculino, muitas vezes restringindo-lhes sua atuação ao espaço doméstico. Ela aponta que estas mulheres por um lado sentem-se resignadas de algumas perdas, mas por outro, retomam poder para decidir sobre suas vidas de forma mais independente.

No mesmo artigo, os autores apontam que, no sentido de romper com os padrões e valores determinados socialmente para homens e mulheres, as mulheres estão sempre surpreendendo, uma vez que buscam mais informações e participam em diferentes espaços públicos, desenvolvendo assim relações interpessoais e incorporando conhecimentos, deste modo promovem a saúde e previnem doenças e suas consequências negativas para o envelhecimento saudável.

Como conclusões de sua pesquisa, Figueiredo et al (2007) sugerem que a mulher consegue ser mais resistente e solidária no processo de envelhecimento. Ela busca informações fundamentais para o autocuidado e incorpora atitudes mais saudáveis que possibilitam o envelhecimento com mais qualidade de vida e felicidade. As características sociais do masculino nas sociedades capitalistas que prezam capital, produção e mundo público para os

homens são prejudiciais aos velhos que, com a aposentadoria, passam a ter como espaço de convivência o espaço doméstico, trocando a produtividade pela inatividade e vivenciando perdas relativas a doenças e a morte. Assim, a condição social de homens idosos passa a ser determinante de perdas e limitações que influenciam na saúde física e emocional, contribuindo para o desencadeamento ou agravamento de doenças crônicas características do processo de envelhecimento e capazes de reduzir a saúde e a qualidade de vida de muitos homens idosos.

CAPÍTULO 2

SAÚDE E ENVELHECIMENTO

O entendimento que se teve de saúde durante muitos anos se baseou em um conceito negativo, compreendendo-a simplesmente como a ausência de doenças. Atualmente percebemos o quão equivocado é este conceito e surge a necessidade de pensar em um conceito de saúde capaz de contemplar e integrar a capacidade de administrar de forma autônoma os riscos, tensões e mal-estares a que estamos inevitavelmente submetidos. Assim, neste trabalho pensaremos a saúde não como ausência de erros, perfeição, mas como a capacidade de enfrentá-los.

Neste sentido pensaremos a promoção da saúde não somente como atribuição dos médicos e serviços de saúde, mas buscando estabelecer vínculos sociais com a comunidade e suas formas culturais.

De maneira especial, é preciso conhecer as condições de saúde dos velhos no Brasil adequando as intervenções às características sociais e culturais da população. Para isso, é necessário conhecer mais sobre o modo como envelhecem, os significados atribuídos a este período da vida e como os integram à experiência de vida.

Ainda neste capítulo versaremos sobre tecnologias de saúde – aqui entendidas desde recursos medicamentosos até os grupos de convivência, saúde e lazer.

CAPÍTULO 2 – SAÚDE E ENVELHECIMENTO

2.1 O que é saúde?

Para refletir o modo como os velhos estão se relacionando com sua saúde e qual a percepção eles tem de saúde é necessário um importante resgate histórico e conceitual do termo saúde. Batistella (2007) aponta que a definição de saúde é algo complexo por envolver dimensões e aspectos constitutivos. A saúde, diferentemente da doença, recebeu pouca atenção de filósofos e cientistas ao longo do tempo. Desde a Grécia antiga há dificuldade em definir o que é saúde. Não se trata, portanto de buscar uma concepção única, mas sim de apresentar e confrontar diferentes olhares sobre a compreensão do fenômeno da saúde.

Backes (2009) aponta que o médico grego Galeno propôs uma ideia de saúde como equilíbrio entre as partes primárias do corpo. Ele cria na antiguidade clássica uma teoria de latitudes de saúde, dividida entre saúde, estado neutro e má saúde. Tais dimensões podem estar isoladas ou em combinação com as demais, sendo possíveis nove combinações diferentes. Tal esquema foi usado por mais de mil anos na medicina ocidental.

A partir do século XVII, a saúde passa a ser compreendida como a ausência de doença. Esse modo de se pensar a saúde propiciou que, durante muitos anos os esforços dos pesquisadores se concentrassem em investigar a doença. Batistella (2007) nos aponta que esta concepção é amplamente difundida no senso comum, mas também tem sido utilizada frequentemente pela medicina. Aponta ainda que até meados do século XVIII a doença era entendida como algo que fazia parte do ambiente, como qualquer outro elemento da natureza assim, por influência de outros campos disciplinares como a botânica, as doenças passaram a ser agrupadas em um sistema classificatório fundado nos sintomas. Tal organização taxonômica, embora tenha proporcionado bases racionais para a escolha terapêutica, não foi capaz de estruturar um modelo que respondesse às epidemias cada vez mais frequentes nas grandes cidades modernas.

Batistella (2007) aponta que assim a doença se transforma em patologia. E conseqüentemente a saúde passa a ser o seu oposto, inexistência de patologia, ou seja, a própria fisiologia. É sobre esta forma de conceber a doença que se funda o modelo biomédico presente na prática dos profissionais de saúde até os dias de hoje. Deste modo esclarece que compreender a saúde como ausência de doença enfatiza os aspectos biológicos, individuais, e a abordagem mecanicista, fragmentando o corpo em sistemas, órgãos, tecidos e células, de modo a

estruturar um conhecimento cada vez mais especializado sobre cada função e disfunção orgânica.

Backes (2009) esclarece que a atuação da medicina direcionada para o corpo e a doença buscando um estado biológico normal, exige alta tecnologia e apresenta custos elevados. Ressalta que saúde e doença apresentam diferentes realidades na cultura ocidental. E que o conhecimento sobre o corpo fragmentado apresenta perspectivas teóricas redutoras do conhecimento biológico, psíquico e social. Estar livre de doença não é necessariamente ser ou perceber-se enquanto uma pessoa saudável.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) foi criada após a Segunda Guerra Mundial e se preocupou em criar uma definição positiva de saúde, incluindo diversos fatores como alimentação, prática de exercício físico, acesso aos serviços de saúde, dentre outros.

Atualmente a definição proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) compreende saúde como uma situação de perfeito bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Tal definição tem sido alvo de diversas críticas por ser utópica e, ao colocar a perfeição como meta, torna impossível o seu alcance e a avaliação do nível de saúde de uma população. De acordo com Segre e Ferraz (1997), tal definição encontra-se ultrapassada ainda por considerar que exista uma separação entre o físico, o mental e o social.

A carta de Ottawa (BRASIL, 2002b) é um documento construído na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, no Canadá, em novembro de 1986. É uma carta de intenções que objetiva contribuir com as políticas de saúde em todos os países, de forma equânime e universal. De acordo com ela as condições e recursos fundamentais para que uma pessoa tenha saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

De acordo com este documento, a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Ela considera que fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos agem em uma via de mão dupla podendo tanto favorecer quanto prejudicar a saúde. Neste sentido, propõe ações de promoção da saúde que objetivam, através da defesa da saúde, favorecer as condições descritas acima.

Segre e Ferraz (1997) apontam ainda uma questão importante de ser pensada e que atualmente é muito presente em nosso dia a dia. O que é qualidade de vida? É possível defini-la? De acordo com o autor essa é uma definição que só pode ser dada individualmente, pois implica noções subjetivas do que cada pessoa considera uma vida com qualidade e perpassa aspectos particulares de cada sujeito.

Caponi (1997) aponta que se o conceito de saúde da OMS comporta críticas, estas não devem se localizar sobre seu caráter de subjetividade, posto que a subjetividade é um elemento inerente à definição de saúde-doença. Ela aponta que, ainda que se restrinja o fenômeno da saúde a um âmbito puramente biológico a dor, elemento caracterizado e categorizado como sintoma, nunca estará isento de seu caráter subjetivo. Deste modo, o caráter subjetivo é inseparável do conceito de saúde e essa associação se mantém qualquer que seja a definição de saúde, seja ela restrita ou ampliada.

Assim, a autora defende que as críticas em relação ao conceito de saúde proposto pela OMS não deve se basear em seu caráter utópico e subjetivo, mas no fato de que sua adoção pode ser politicamente conveniente para justificar práticas arbitrárias de controle e exclusão de tudo o que for considerado indesejável ou perigoso. Batistella (2007) nos aponta que a simples tentativa de definir o estado de bem-estar mental e social pode criar uma ideia de uma existência sem angústias ou conflitos, sabidamente inerentes à própria história de cada ser humano e de cada sociedade. Desta maneira, corre-se o risco de que o discurso médico se converta em discurso jurídico, tornando objeto de intervenção (medicalização) tudo aquilo que é considerado perigoso ou desviante.

Caponi (1997) assinala para a necessidade de nos negarmos a aceitar a caracterização de infortúnios como patologias que devem ser assistidas medicamente, assim como é preciso negar um conceito de saúde fundado na associação com aquilo que consideramos valores morais ou existenciais. Por outro lado, aponta para a necessidade de pensar em um conceito de saúde capaz de contemplar e integrar a capacidade de administrar de forma autônoma os riscos, tensões e mal-estares a que estamos inevitavelmente submetidos. Assim, a saúde não pode ser pensada como ausência de erros, perfeição, mas como a capacidade de enfrentá-los.

2.2 Promoção de saúde

O conceito de saúde que nos apresenta Caponi (1997) – entendido como a capacidade de enfrentar as adversidades da vida – aponta para a necessidade de reformulações das práticas de saúde. De acordo com Backes (2009), a atenção à saúde atual requer uma mudança na concepção de mundo e no modo de usar o conhecimento em relação às práticas de saúde, enfocando principalmente a promoção da saúde. Esta se relaciona à potencialização da capacidade individual e coletiva das pessoas para conduzirem suas vidas frente aos diversos condicionantes da saúde. Assim, é necessário atentar-se para os acontecimentos da realidade, os quais nos mobilizam para intervir de forma mais efetiva, especialmente nos contextos vulneráveis. É importante perceber que o conceito de vulnerabilidade também não é único e sofre alterações dependendo do contexto cultural em que está sendo visto.

De acordo com a Carta de Ottawa

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (BRASIL, 2002b)

Este modo de pensar a saúde e a promoção da saúde, diferentemente da epidemiologia clássica onde as ideias de risco e causalidade da doença se expressam no plano individual e biológico, passa a pensar nas ações não mais individuais, mas em ações que contemplem coletividades. Neste sentido Backes (2009), aponta que os modelos de saúde, doença e cuidado derivam da história social e são herdados culturalmente, não sendo reduzidos à experiência individual, mas abarcam a coletividade, valores e costumes. Assim é também no contexto social que nascem e desenvolvem as crenças e práticas no cuidado em saúde, elas influenciam-se mutuamente e compõem a dinâmica que propiciam a adaptação do ser humano ao seu entorno, através da cultura.

Desta maneira, Backes (2009) aponta que o grande desafio atual dos profissionais de saúde é o investimento em promoção da saúde, uma vez que ela se faz muito presente nos discursos, todavia o que se percebe na prática ainda é o enfoque centrado na doença. Ela ressalta a necessidade de que os profissionais de saúde conheçam a realidade em que atuam, e levem em

conta interações sociais, políticas e culturais dentro e fora dos domicílios e núcleos familiares, bem como das unidades de saúde, evitando as relações que prejudiquem a assistência em saúde. É necessário ainda superar o modelo biomédico de assistência à saúde, centrado na doença e voltado para o diagnóstico e a terapêutica, o tecnicismo e as relações impessoais, investindo nesse novo modelo de atenção, que focalizado na promoção da saúde, leva em conta todas as dimensões do ser humano – a biológica, psicológica, social, cultural e histórica – e considera a diversidade cultural do país, melhorando a qualidade da assistência à saúde dos indivíduos, de modo a respeitar as suas singularidades e particularidades.

Carneiro (2010) ressalta que o sistema de saúde pública brasileiro é o maior do mundo. Criado em 1988, o Sistema Único de Saúde – SUS – tem como fundamentação o conceito ampliado de saúde e a necessidade da criação de políticas que a promovam; participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho aos determinantes e condicionantes que podem garantir opções saudáveis à população. Neste sentido, enquanto política que visa à melhoria da qualidade de vida e afirmação do direito à vida e à saúde, o SUS passa a promover reflexões e movimentos no âmbito da promoção da saúde. A partir de então, a promoção da saúde, entendida como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo de saúde-adoecimento brasileiro, tal como um modo de pensar e operar articulado às demais políticas e tecnologias do sistema de saúde, passa a contribuir para a construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais de saúde.

No entanto, é importante perceber que nesta lógica a promoção de saúde não deveria se restringir aos profissionais de saúde. De modo contrário, Batistella (2007) aponta que o planejamento de ações para o enfrentamento dos problemas passa pela mobilização da comunidade e a atuação intersetorial sobre os problemas identificados.

A mudança paradigmática envolve mais atores na operacionalização da promoção da saúde. Mais do que médicos, enfermeiros, técnicos, agentes e demais trabalhadores da saúde, serão incorporados ambientalistas, engenheiros, advogados, antropólogos, artistas, jornalistas, garis, e a própria população envolvida direta ou indiretamente na produção e/ou na solução do problema. O objeto da ação, qualificando o tradicional cuidado preventivo-curativo em relação às doenças infecciosas e não-infecciosas, expande-se para a compreensão de danos, riscos, necessidades e determinantes das condições de vida, saúde e trabalho. (BATISTELLA, 2007, pág. 81)

O mesmo autor faz uma observação importante de que os problemas identificados muitas vezes não são doenças ou agravos, característicos da intervenção da saúde, mas se situam no âmbito de problemas ambientais, sociais, ou em um contexto econômico-cultural de

vulnerabilidade. Há uma infinidade de problemas que podem ser considerados determinantes ou condicionantes de variadas doenças e agravos. As práticas, por sua vez, buscam estabelecer vínculos sociais com a comunidade e suas formas culturais – visando à troca de saberes populares e científicos, o fortalecimento técnico e o amadurecimento político a partir do reconhecimento da história, dos problemas e das próprias potencialidades do território.

2.3 A condição de saúde dos idosos

Para que novas políticas públicas para os idosos sejam criadas no Brasil é necessário conhecer de maneira mais aprofundada a real condição em que eles vivem. Neste estudo nos deteremos especialmente sobre a condição de saúde, visto que este é o tema central aqui trabalhado. No entanto, não se pode perder de vista o conceito de saúde aqui empregado, que não se limita à saúde física, como já explicitado anteriormente neste trabalho. Uchôa (2003) afirma ser indispensável identificar os principais problemas para a população idosa brasileira e, a partir deles, definir as ações necessárias para o enfrentamento de tais questões. Para isso os estudos epidemiológicos se fazem extremamente importante na identificação de problemas prioritários, orientando as decisões sobre a definição da prioridade das intervenções. Ela ressalta, porém, que quando o interesse deixa de ser a definição de problemas prioritários em saúde e se torna as ações que devem ser privilegiadas para solucioná-los, a utilização de estudos antropológicos se tornam imprescindíveis. A autora chama a atenção para o fato de que para que intervenções desenvolvidas estejam adequadas às características sociais e culturais da população idosa, faz-se necessário conhecer mais sobre o modo como envelhecem, os significados atribuídos a este período da vida e como os integram à experiência de vida. De modo particular, faz-se necessário conhecer mais amplamente sobre a forma que o idoso percebe seus problemas de saúde, como busca resolvê-los e as dificuldades que ele encontra neste caminho.

No ano de 2009, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – publicou os Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil, onde há um capítulo destinado às condições de saúde dos idosos. As fontes são as informações do Censo Demográfico 2000 e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD – 2003.

Sobre a autopercepção da saúde, importante preditor de sobrevivência entre idosos, gênero e idade aparecem como importantes determinantes do comportamento em relação à procura por

atendimento de saúde. A percepção de um estado de saúde ruim acarreta um maior uso dos serviços de saúde entre os idosos. O relatório aponta que as mulheres idosas declararam um estado de saúde pior do que os homens, exceto entre os de 80 anos ou mais, onde os homens passam a declarar um estado de saúde pior do que o declarado pelas mulheres. Em relação ao rendimento médio mensal familiar per capita os idosos mais pobres (até um salário-mínimo per capita) declararam saúde ruim ou muito ruim em maior proporção do que os idosos dos estratos de rendimentos mais elevados. (BRASIL, 2009)

Sobre a prevalência de doenças crônicas, aquelas que acompanham a pessoa por um longo período de tempo e pode ter fases agudas, momentos de piora ou melhora sensíveis². Na população geral, 29,9% reporta ser portadora de pelo menos uma doença crônica, entretanto entre os idosos este valor atinge 75,5% do grupo, sendo 69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres. Há ainda a evidência de múltiplas patologias entre aqueles que declararam alguma doença crônica, pois 64,4% dos idosos declararam ter mais de uma patologia. Em relação à renda, a pesquisa indica que o rendimento parece não ter efeito importante no aumento ou na diminuição da carga de doença crônica na população idosa.

Em relação à incapacidade funcional em mobilidade física, há uma profunda desigualdade uma vez que os idosos residentes na região nordeste encontram-se em desvantagem em relação às demais regiões do país. Outro ponto importante levantado pela pesquisa é que o risco de incapacidade funcional em mobilidade era maior entre os idosos nas áreas urbanas do que nas áreas rurais. Os resultados dos estudos sobre o tema mostram que a renda está associada com a incapacidade funcional de forma inversa – aumento da renda e diminuição da incapacidade funcional. Em relação ao sexo, a pesquisa retrata que as mulheres declaram incapacidade funcional em maior proporção do que os homens. (BRASIL, 2009)

Fato importante ressaltado pela pesquisa é que há uma grande heterogeneidade do declínio funcional dos idosos brasileiros, disparidade esta que se deve a vários fatores e se encontra muito associada a desigualdades sociodemográficas.

Veras (2011) esclarece que, ainda que uma pessoa apresente uma ou mais doenças crônicas, se ela mantém sua autodeterminação deve ser considerado um idoso saudável. O conceito de saúde se encontra muito intimamente relacionado a capacidade funcional, capacidade de

² As doenças crônicas aqui analisadas são: doença de coluna ou costas, artrite ou reumatismo, câncer, diabetes ou hiperglicemia, bronquite ou asma, hipertensão, doença do coração, doença renal crônica, depressão, tuberculose, tendinite ou tenossinovite e cirrose.

manter as habilidades físicas e mentais que se fazem necessárias para uma vida independente e autônoma.

2.4 Sobre tecnologias de saúde

As últimas décadas têm presenciado um processo de transformação e de inovações tecnológicas sem precedentes na área da saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 50% dos avanços terapêuticos disponíveis atualmente não existiam há dez anos. Todas essas novas possibilidades de intervenção sobre a saúde influenciam de modo a prolongar a longevidade humana.

Schraiber (s/d) nos esclarece que no campo da saúde o termo tecnologia muitas vezes encontra-se reduzido a equipamentos médicos. Todavia tecnologia deve ser entendida como um conjunto de ferramentas, onde se incluem as ações de trabalho, que propiciam uma transformação da natureza. Neste sentido a tecnologia deve incluir os conhecimentos e ações necessárias para operá-los: o saber e procedimentos (técnicas). Contemporaneamente, a tecnologia diz respeito aos recursos materiais e imateriais dos atos técnicos e processos de trabalho, sem que haja uma fusão destas dimensões.

A publicação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS – do Ministério da Saúde sobre Ciência e Tecnologia em Saúde aponta para uma definição de tecnologia muito simples, compreendendo então tecnologia como conhecimento aplicado. Em relação à saúde é o conhecimento que, quando aplicado, possibilita a prevenção, diagnóstico e o tratamento de doenças e a reabilitação. (BRASIL, 2005)

De acordo com a Portaria GM/MS n. 2.510 de 19 de dezembro de 2005, que instituiu a Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica (CPGT) no âmbito do Sistema Único de Saúde,

§ 1º Consideram-se tecnologias em saúde os medicamentos, equipamentos e procedimentos técnicos, os sistemas organizacionais, informacionais, educacionais e de suporte e os programas e protocolos assistenciais por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população.

A partir disso podemos pensar em inovação tecnológica em saúde como a aplicação de novos conhecimentos que podem aparecer concretamente incorporados num artefato físico (equipamento, dispositivo ou medicamento) ou podem representar ideias na forma de novos

procedimentos ou práticas ou de reorganização dos serviços. Inicialmente, para que tais inovações sejam difundidas é necessária uma interação entre produtores, governos e organizações de usuários e posteriormente depende da interação entre os profissionais e usuários dos serviços de saúde. Tal adoção é inicialmente pequena e lenta, mas tende a aumentar à medida que fica evidenciada sua efetividade e superioridade em relação às demais alternativas tecnológicas. (BRASIL, 2005)

Até o século XX havia, e ainda há presente nas práticas de saúde atuais, a ideia da tecnologia em saúde como uma “tecnologia de curar”. Somente no final do século XX, com a mudança para uma definição positiva de saúde e buscando conhecer os procedimentos de sua promoção que se insere o conceito de tecnologias de saúde de maneira distinta, ainda que complementar e interligada, aos procedimentos da medicina. (SCHRAIBER, s/d)

Para Schraiber (s/d), com a mudança no modo de compreender tecnologia em saúde surge a necessidade de ampliar o olhar sobre os cuidados com a saúde para além dos consultórios médicos e serviços de saúde, compreendendo o contexto sócio-histórico e a rede de relações sociais em que as pessoas estão inseridas. O modo de vida em sociedade se inscreve no modo de ser das práticas em saúde e produz uma configuração geral onde as práticas são recriadas em arranjos particulares nas especificidades das técnicas. Desta maneira, pensar em tecnologia em saúde inclui pensar nas múltiplas determinações de seu trabalho como também em sua dimensão social.

A autora aponta que são muitos os desdobramentos das elaborações acerca da tecnologia em saúde, sobretudo quando inclui os saberes e possibilidades de emergência de criação do novo: inovações tecnológicas em saúde. Uma delas ocorre na e para a articulação entre essas práticas como as elaborações em torno da noção de integralidade consequentemente criação de tecnologias de integração. Ela aponta ainda que uma parte da reflexão sobre integralidade do cuidado e o próprio sentido do cuidar cabe à filosofia ou a teoria crítica nas ciências humanas e sociais. Para que ela adquira sentido tecnológico suas reflexões devem configurar de modo concreto e material arranjos de trabalho.

A partir das definições de tecnologia em saúde propostas pelo Ministério da Saúde, seja por meio do CONASS ou por meio da CPGT, neste trabalho será considerado tecnologia em saúde todo conhecimento ou ação que, ao ser aplicado, possibilita prevenir, diagnosticar ou tratar doenças, bem como reabilitar os que apresentam algum dano provocado por tais

doenças. Neste trabalho não será analisado exclusivamente o acesso aos serviços de saúde, públicos ou particulares, mas dar-se-á um enfoque ao caráter sócio-histórico e ao conjunto de relações sociais em que os sujeitos desta pesquisa estão inseridos.

CAPÍTULO 3

OS SENTIDOS DO ENVELHECIMENTO E DA SAÚDE PARA OS PARTICIPANTES DO GRUPO DE CONVIVÊNCIA REVIVER

Círia sempre gostou muito de música e de dançar. Depois que ficou doente não podia mais sair para dançar. Quando chegou aqui e viu que podia dançar de novo ela ficou superanimada. A dança é a atividade preferida dela aqui no grupo. EO – Cuidadora de CMV

Eu não me acho velha. Muita gente fala pra mim que eu não sou velha. Ontem mesmo eles tava comentando comigo lá na vila. Você que acha algumas coisas muito difícil, você não tá igual muita gente aí que não tá aguentando andar. Eu aguento fazer comida, mas pano no chão eu não tô aguentando por causa desse problema que eu tô com ele de dor nas costas. MJO, 62 anos.

Se eu tô viva hoje eu devo a esse grupo aqui. Quando meu filho morreu eu entrei numa depressão danada. Nada tinha graça pra mim, parecia que eu ia morrer também. O pessoal da igreja ia lá em casa me visitar mas eu não tinha nem vontade de conversar e rezar com eles. A Selma sempre ia e me convidava pra vir no grupo, mas eu nem escutava. Aí um dia eu vim, só pra todo mundo parar de falar. Vim e gostei. Aqui eu me senti bem de novo. O grupo trouxe alegria pra minha vida. Achei que eu não ia mais ser feliz e agora eu posso dizer que eu sou feliz. MAS, 79 anos.

E o grupo aqui é muito bom, ajuda eu viver. Como diz o nome do grupo, reviver, o nome é muito certo. Aqui a gente aprende a reviver. MJO, 62 anos.

CAPÍTULO 3 – OS SENTIDOS DO ENVELHECIMENTO E DA SAÚDE PARA OS PARTICIPANTES DO GRUPO DE CONVIVÊNCIA REVIVER

3.1 Minha chegada ao campo

A minha chegada ao Grupo de Convivência Reviver se deu por meio do educador físico que atua na Paróquia Santa Mônica e na Academia da Cidade do bairro. Inicialmente o objetivo era realizar a pesquisa na Academia da Cidade, entretanto as burocracias exigidas pela Prefeitura de Belo Horizonte para a realização da pesquisa inviabilizou sua execução neste equipamento. Em uma conversa com o educador físico ele me falou sobre as atividades desenvolvidas no grupo e sobre o perfil de seus participantes. Em seguida realizei contato com a coordenadora do grupo que prontamente se colocou à disposição para me auxiliar na realização da pesquisa e aproximação com os participantes.

Minha participação no grupo se iniciou no mês de maio de 2014 e ocorreu por aproximadamente seis meses, até novembro de 2014. Durante este tempo participei de diversos encontros com o grupo, alguns apenas como observadora e em outros como coordenadora de rodas de conversa sobre saúde e envelhecimento.

No dia do meu primeiro encontro com o grupo fui apresentada pelo educador físico antes do início das atividades do grupo, expus meu objetivo junto ao grupo e meu interesse em conhecer mais sobre o modo como eles vivem. Desde o primeiro momento foi colocado a todos o tema da minha pesquisa e que eu começaria a participar dos encontros para compreender melhor a realidade deles. A receptividade por parte dos idosos foi excelente e já neste momento eles começaram a me contar histórias de suas vidas.

Por alguns encontros eu participei apenas como observadora das discussões e atividades do grupo. Entretanto, conhecendo meu objetivo junto ao grupo frequentemente algum dos participantes ou a coordenadora me dirigia a palavra para explicar alguma das vivências relatadas. Tal aceitação me possibilitou uma maior aproximação com o grupo, o que facilitou muito a realização das entrevistas realizadas individualmente com alguns dos participantes.

Para as entrevistas individuais selecionei alguns participantes de acordo com o interesse que possuíam em relatar suas experiências a mim e a pontos importantes que iam sendo colocados nos momentos de discussão coletiva. Elas aconteceram no próprio espaço em que se realiza o grupo, durante o tempo em que os demais participantes faziam as atividades físicas. Esta

estratégia foi sugerida pela coordenadora do grupo para facilitar a realização do trabalho, de modo que os idosos não precisassem dispor de um tempo extra para participarem de minha pesquisa. Os idosos aprovaram a logística e acharam que seria mais fácil que as entrevistas acontecessem neste formato do que se fossem marcadas em outro espaço ou data.

As entrevistas individuais aconteceram com cinco dos participantes e foram gravadas em áudio para possibilitar uma análise mais apurada das informações. Também a roda de conversa foi registrada em áudio, entretanto como muitos participantes estavam longe do aparelho gravador a qualidade do áudio ficou muito ruim e as informações referentes a ela se deram em sua maioria pelas anotações realizadas durante a roda de conversa.

3.2 Caracterizando do campo

O grupo de Convivência Reviver existe há 18 anos e seus encontros ocorrem semanalmente às segundas-feiras. O grupo se reúne no Salão Paroquial da Paróquia Santa Mônica, Rua Dorival Machado, 420 no bairro Santa Mônica, na região de Venda Nova. Ele é coordenado por Selma Regina Lopes de Almeida que participa do grupo desde sua fundação. É ela quem relata como se deu o início do grupo.

O grupo Reviver surge de discussões realizadas dentro da Paróquia Santa Mônica, especialmente no âmbito da Pastoral da Saúde. Neste contexto, o início do Grupo de Convivência Reviver aparece como uma alternativa da Paróquia Santa Mônica de se aproximar dos idosos da comunidade, buscando conhecer melhor sua condição e necessidades de saúde e intervir na prevenção de adoecimentos e promoção da saúde entre eles.

Selma sempre esteve na coordenação do grupo. O início dele coincide com seu afastamento do mercado de trabalho para cuidar do pai que estava com a saúde fragilizada. Ela se dispõe a participar dos encontros e sempre ia com o pai. Atualmente o pai de Selma está acamado, com a saúde muito fragilizada, mas ela continua coordenando o grupo.

O Grupo de Convivência Reviver é composto por uma média de vinte idosos, sendo que destes apenas um é homem. De acordo com os participantes do grupo a maior participação das mulheres está ligada ao fato de que elas estão mais inseridas que os homens nos grupos da igreja e deste modo participam mais de todas as atividades da paróquia. Para o único homem do grupo os homens são mais fechados e têm dificuldade de participar de espaços com tantas

mulheres, preferindo se reunirem em bares do bairro ou ficarem em casa sozinhos. Conforme nos aponta Debert (2012) este dado vai de encontro com o obtido em diversas pesquisas em grupos de convivência. A meu ver, a maior participação das mulheres em grupos de convivência é multifatorial, tem a ver com a maior expectativa de vida entre as mulheres, com a diminuição de suas funções no espaço doméstico e com a maior preocupação que elas têm em relação aos cuidados com a saúde. Além disso, há ainda entre os velhos uma visão de que os homens precisam se manter produtivos e a participação em tais espaços aparece como “futilidade” ou “perda de tempo”.

Os participantes têm entre 50 e 95 anos e, com exceção da cuidadora de uma das participantes, são todos católicos. A maioria dos participantes reside com companheiro ou filhos, mas também há pessoas que moram sozinhas. A renda dos participantes é proveniente de aposentadoria e varia entre um e dois salários mínimos, mas muitos deles necessitam de apoio da família para se manter. A maior parte deles não é natural de Belo Horizonte, mas nasceu em alguma cidade do interior de Minas Gerais e veio para a capital por iniciativa própria ou acompanhando a família em busca de melhores condições de vida. Todos residem no bairro há muitos anos. Não há cobrança de taxas para a participação no grupo, mas há uma caixinha para contribuição voluntária dos participantes onde o dinheiro é depositado. A quantia arrecadada é usada para comprar presentes em ocasiões especiais, ajudar algum membro que esteja necessitado e para financiar os passeios realizados pelo grupo.

Apenas uma pequena parte dos participantes frequenta o grupo desde sua fundação, estes lembram com muita saudade dos participantes que já faleceram ou abandonaram o grupo devido a limitações de saúde.

Além das atividades do grupo de convivência às segundas-feiras, os participantes frequentemente se encontram para outras atividades na paróquia. Durante minha permanência no grupo, pude presenciar situações em que eles combinavam de se reunir para rezar o terço ou ir à missa. Também são comuns as visitas entre participantes quando há algum adoecimento, problema familiar, nascimento ou falecimento de algum membro da família, comemoração de aniversário ou simplesmente para bater um papo e fazer uma visita de cortesia. Além destas atividades na comunidade, o grupo também organiza passeios de lazer pela cidade.

As atividades das segundas-feiras têm início às 14:00 horas com um grupo de atividade física coordenado pelo educador físico do Centro de Saúde local. Bem antes deste horário, por volta de 13:30, os participantes começam a chegar. Eles se saúdam de modo individual e demonstram interesse sobre a semana uns dos outros. Durante os encontros são trabalhados exercícios aeróbicos, caminhada, alongamento e fortalecimento da musculatura, todos adequados às condições/limitações dos usuários. Após a atividade física têm-se os momentos de encontro do grupo de convivência e há ainda no salão paroquial uma turma de Educação de Jovens e Adultos – EJA – da qual participam em média 10 alunos.

O momento da atividade física é também um momento de descontração entre os participantes e é comum ouvir risos e piadas enquanto fazem os exercícios. Há uma excelente interação entre os participantes e o professor de educação física, que acolhe e estimula cada um dos participantes a superar suas limitações. Mesmo os que não gostam ou não podem praticar atividade física chegam cedo e ficam sentados incentivando os demais.

Após a prática de atividade física, o grupo se reúne na parte interna do salão paroquial onde já há um círculo de cadeiras preparado. Neste momento é realizada uma oração breve em que os participantes agradecem pela semana que passou, pedem que a semana que se inicia seja abençoada, rezam um Pai Nosso e uma Ave Maria. Em seguida, Selma dá os informes sobre o que está acontecendo na paróquia, eventos especiais, condição de saúde de algum dos membros do grupo que se encontre afastado, passeios a serem realizados, etc.

O encontro do grupo ocorre com ações variadas. Uma das preferidas dos participantes é a Dança Sênior, realizada por uma das mulheres do grupo, MAS, 64 anos. Há vários anos, ela frequenta o grupo e ensinou os movimentos da dança aos colegas. Atualmente eles já conhecem bem a coreografia e não há necessidade de explicação de cada um dos movimentos, a dança é fluida entre eles.

MAS, 64 anos, conta que a dança sênior é composta por um conjunto sistematizado de coreografias, desenvolvido especialmente para pessoas idosas. É uma atividade que apresenta baixo impacto e por não ser realizada durante muito tempo não sobrecarrega a musculatura do idoso. Quando se está aprendendo as coreografias e durante as danças diversas funções cognitivas e habilidades psicomotoras são estimuladas, muitas delas em declínio nos idosos. A dança trabalha atenção, lateralidade, percepção corporal, concentração, ritmo, memória, orientação espacial, equilíbrio postural, dentre outras, de maneira lúdica e divertida,

umentando a sensação de bem estar entre os idosos. A dança é sempre realizada coletivamente e seus movimentos promovem a interação entre os participantes, favorecendo o entrosamento e a socialização.

Cassiano et al (2009) nos apontam que, diante das transformações na vida cotidiana dos idosos e da necessidade de criar alternativas para melhorar sua qualidade de vida, a dança sênior surge como estratégia de promoção da percepção de bem-estar e saúde dos idosos. A dança coletiva promove a socialização, qualidade de vida e o exercício da cidadania; propicia a criação de vínculos, a ampliação do universo cultural do idoso, o desenvolvimento de novas habilidades e projetos de vida, o conhecimento e a reflexão sobre o envelhecimento.

O interesse pela dança sênior está expresso na fala de muitos dos participantes e na feição de satisfação que apresentam enquanto experienciam a dança.

Muitos idosos gostam de dançar, mas por causa dos problemas de saúde acabam não conseguindo mais dançar como gente nova e ficam com vergonha ou medo de cair. A dança sênior é boa porque você pode fazer até sentado, respeita o limite de cada um e todo mundo fica feliz porque dá conta de dançar. MAS, 64 anos

A gente busca fazer sempre os movimentos da dança sênior porque senão eles acabam esquecendo os passos. Ela é muito boa pra estimular a memória dos idosos. Selma – Coordenadora do grupo

Círia sempre gostou muito de música e de dançar. Depois que ficou doente não podia mais sair para dançar. Quando chegou aqui e viu que podia dançar de novo ela ficou super animada. A dança é a atividade preferida dela aqui no grupo. EO – Cuidadora de CMV

Além das atividades de dança, também são realizadas rodas de conversa entre os participantes com temas específicos e de interesse coletivo, bem como com a participação de pessoas externas ao grupo para orientações sobre direito dos idosos e promoção de saúde.

Ao final dos encontros uma nova oração é realizada. Neste momento há preces com intenção de pessoas que estão doentes, às almas daqueles que frequentaram o grupo e já faleceram e de familiares dos participantes, juntamente com a oração do Pai Nosso e Ave Maria. Após a oração final são saudados os aniversariantes da semana, caso haja, e todos participam de um lanche coletivo.

Para a realização do lanche cada pessoa contribui com o que pode e a mesa é sempre muito farta. Sempre há algo “especial” preparado por um participante e é perceptível o interesse deles em agradar os colegas com as guloseimas. Mesmo os idosos que não têm condição de contribuir participam do lanche. Este é um momento de descontração e pude perceber que os

participantes protelam o momento de despedida. No momento da saída sempre há alguém que puxa um novo assunto, lembra uma antiga história, fala sobre um conhecido, fazendo com que a conversa se prolongue um pouco mais. Assim como na chegada, todos se abraçam e se despedem de maneira calorosa.

3.3 Percepção da saúde

Durante o tempo em que participei dos encontros do grupo realizei com eles uma roda de conversa sobre saúde e envelhecimento, o tema também apareceu em outras rodas de conversa conduzidas pela coordenadora do grupo. Tanto nessas conversas coletivas quanto nas entrevistas que realizei individualmente, quando o assunto tratado foi a percepção que tem de sua condição de saúde, a maior parte dos idosos do Grupo de Convivência Reviver considera possuir uma boa condição de saúde. Embora muitos deles já tenham passado por intervenções cirúrgicas, internações e problemas cardiovasculares como o Acidente Vascular Cerebral – AVC, eles se percebem como pessoas saudáveis. Na maior parte dos discursos dos idosos deste campo, ter saúde é uma condição associada à funcionalidade.

Sobre este aspecto, Lins de Barros (2011) aponta que as distinções dos significados e das práticas voltadas para o corpo envelhecido indicam para a ideia de um *self* ativo. Isso nos permite compreender a preocupação dos velhos em manter o que entendem como “boas condições de saúde”, o medo da dependência em relação à família e a importância dada a autonomia física como forma de manter os diferentes espaços interativos.

Em estudo realizado por Bassit (2002), os resultados encontrados em relação à percepção de saúde em muito se aproxima com os deste trabalho. Ela aponta que apesar de os velhos representarem o alvo das preocupações dos especialistas em envelhecimento, principalmente ligados à área médica, e apesar de relatarem alguns problemas de saúde, tais problemas não figuram como central em suas preocupações. O conceito de saúde utilizado por eles corresponde ao senso comum para sua idade, ou seja, “*são saudáveis se nada inviabiliza a sua locomoção e/ou a realização de suas atividades, com autonomia e independência*” (BASSIT, 2002, pág. 183). Ainda que já tenham tido problemas de saúde, os depoimentos registrados por ela não dão ênfase em doenças.

MAS, 64 anos, foi vítima de um AVC. Ela traça uma mudança no quadro de saúde após o AVC, apontando que a saúde piorou um pouco, entretanto, ainda se considera uma pessoa saudável.

Antes [do AVC] eu tinha mais saúde. Fazia um monte de coisas. Hoje em dia minha cabeça ficou meio ruim, às vezes minha memória falha. Mas eu acho que eu ainda tô muito bem. Só de não ficar na cama, poder andar, sair, conversar com as pessoas... MAS, 64 anos.

Tida como um dos exemplos de saúde do grupo, MCT faz atividade física na Academia da Cidade três vezes por semana e possui uma rotina bastante ativa. Ela considera que possui excelente condição de saúde atualmente, mas ressalta que nem sempre foi assim.

Hoje eu posso falar que eu tenho saúde. Não sinto dor nenhuma, faço de tudo. Antes de começar a ir na academia [da cidade] eu sentia muito mais dor, vivia doente. Custava a dar conta das coisas, nem minha casa eu conseguia limpar direito. Hoje eu sou outra pessoa. Não sinto nada. MCT, 64 anos.

Uma das exceções é MJO, de 62 anos, que afirma que não se sente saudável, entretanto informa que essa não é uma característica de sua velhice, pois, segundo ela, sempre foi muito doente.

Eu tenho muito problema de saúde. Esse meu pé aqui vive inchado. De uns tempos pra cá eu tô com uma dor no ombro, parece que tá tudo inflamado aqui, tá doendo que eu não tô aguentando. Até a alça do sutiã pegando aqui em cima tá doendo. Tenho uma dor de cabeça muito forte, tenho problema nos rins, problema de estômago... Eu tenho quase todos os problemas de saúde. Tenho problema nos ossos também. MJO, 62 anos.

3.4 O uso de medicamentos na velhice

Sobre o uso de medicamentos e o impacto que eles têm no processo de envelhecimento, os participantes do grupo são unânimes em dizer que eles influenciam positivamente a saúde e a qualidade de vida. Alguns não se importam de usá-los outros já se queixam de ficarem “presos” por causa do remédio. De maneira geral, eles percebem nos medicamentos um apoio para que a vida continue transcorrendo normalmente.

Em pesquisa realizada por Marin, Santana e Moracvick (2012) que analisa a percepção de idosos hipertensos sobre a sua condição de saúde, um dos resultados apontados é o de que a partir do momento em que conhecem sua condição de saúde e incorporam de maneira consciente os cuidados ao cotidiano não há sofrimento ou desgaste em decorrência de tal condição de saúde. Os idosos adquirem assim autonomia em relação as suas necessidades e

cuidados. Deste modo, entende-se por autonomia não só a capacidade da pessoa de conhecer e decidir sobre sua terapêutica, mas também o quanto seu estado de saúde influencia em sua vida. Entre os participantes do Grupo de Convivência Reviver, o uso de medicamentos aparece como algo positivo que amplia a qualidade de vida.

Eu sigo à risca o que o médico manda. Ele estudou muito pra isso. Se mandou tomar tal remédio eu tomo porque sei que vai ser bom pra mim. E até hoje tá dando certo... FPS, 66 anos.

Antes eu vivia passando mal e não sabia o que tava acontecendo. Depois de descobriram que sou diabética e comecei a tomar o remédio a minha vida melhorou demais. Eu tenho que cuidar da alimentação, mas antes dele [remédio] mesmo se eu não comesse doce eu passava mal. Agora acabou isso. ZS, 74anos.

Eu tomo um monte de remédio. Pra pressão, pro sangue, pra dor no joelho, mas não deixo de fazer nada por causa disso. Depois que meu filho morreu eu passei a tomar um pra depressão também. Os remédios me ajudam a não sentir dor e aí eu consigo continuar fazendo as minhas coisas tudo. MAS, 79 anos

É importante perceber como fica evidente na fala dos idosos que o controle do estado de saúde possibilitado pelo uso correto dos medicamentos proporciona uma vida saudável e livre da dependência, grande temor dos mais velhos.

Dentre os frequentadores do Grupo Reviver apenas uma participante não percebe grandes melhorias na saúde com a utilização da medicação. Entretanto é parte de seu próprio discurso que ela não faz uso da medicação conforme prescrita pelo médico e muitas vezes se esquece de administrá-la por causa de seus próprios problemas de saúde. Tal participante possui transtorno mental, mora sozinha e não possui cuidadores para auxiliá-la em sua rotina.

Eu tomo remédio pra depressão, pra nervo, pra tudo. Uma vez tomei pra cabeça também, porque minha cabeça não é muito certa. A minha mãe foi doida mais de ano e eu também sou. Puxei minha mãe. [...] Os remédio me ajuda mas só que acontece que eu não tô tomando nada. Tem um remédio de verme lá que eu tava tomando mas eu não tô tomando mais não. Eu acho que eu fico melhor com o remédio. Melhora pouca coisa, não é muito também não. MJO, 62 anos.

3.5 Sobre envelhecer e ser velho

A visão que os participantes do Grupo de Convivência Reviver possuem da velhice e dos velhos está muito associada aos estereótipos presentes no senso comum. Este modo de ver o velho aparece em diversas falas.

Eu moro com a minha irmã. Quando eu ficar mais velha eu não vou querer morar sozinha não. Porque velho não dá conta de cuidar das coisas. Depois que a gente

envelhece a gente não dá conta de fazer nada. Não dá conta de tomar um banho, cozinhar um feijão. NF, 67 anos.

Ser velho é muito ruim. Velho é uma pessoa que precisa de ajuda pra fazer as coisas. IFM, 72 anos.

Diversos autores tratam da dificuldade de reconhecer-se velho. Quando indagados sobre o fato de se considerarem velhos os participantes do Grupo Reviver responderam em uníssono que não são velhos. Motta (2007) nos aponta que tal dificuldade tem a ver com a associação entre velhice e decadência, muito mais do que com sabedoria e experiência. As representações da velhice trazem imbricada a proximidade da morte. Diante de tal imagem, plena de negatividade, aqueles que sentem-se saudáveis e participam de maneira ativa de seu cotidiano fogem da associação a esta imagem. Eles reconhecem que a velhice existe, mas não neles.

Eu não me acho velha. Muita gente fala pra mim que eu não sou velha. Ontem mesmo eles tava comentando comigo lá na vila. Você que acha algumas coisas muito difícil, você não tá igual muita gente aí que não tá aguentando andar. Eu aguento fazer comida, mas pano no chão eu não tô aguentando por causa desse problema que eu tô com ele de dor nas costas. MJO, 62 anos.

Eu não sou velha. Velho é o que não serve mais pra nada. Eu ainda faço muita coisa, não preciso da ajuda de ninguém. Uma pessoa velha não é que nem eu não! MAS, 79 anos.

Resultado semelhante é apontado também por Debert (2012) tanto no contato com as mulheres participantes de grupos de terceira idade quanto nos homens das associações de aposentados. Ela aponta que as mulheres criam uma separação, que independe da idade cronológica, para se diferenciarem dos que são velhos, avaliam que a etapa em que estão serve de preparação para chegar à próxima etapa. Já em relação aos homens das associações, a diferenciação entre eles e os que são velhos se dá por se identificarem como aposentados ou ex-trabalhadores, não como velhos. Ou seja, uma referência ao status de provedor do lar, o que acredita ser sua função social. Identificando-se como pessoas que por muito tempo trabalharam e foram provedores e como detentores de uma certa renda, ainda que inferior a dos que estão ativos no mercado de trabalho, os homens buscam um afastamento do estereótipo de não produtividade atribuído aos velhos. Ambos apontam que o velho é o outro, mesmo quando o objetivo é buscar melhores condições de vida para eles. A diferença encontrada pela autora entre o modo como homens e mulheres se posicionam diante da velhice pôde ser percebida também no Grupo Reviver. Enquanto a maior parte das mulheres relatava não se sentir velha por conseguir organizar a própria casa sem precisar de ajuda, o único homem do grupo, Sr. Luiz, coloca-se como não velho por ter condições de ainda prover o sustento do lar em que reside com a filha e de não depender dela.

Graças a Deus eu não me sinto velho não. Eu tenho minha aposentadoria, ainda dou conta de ir no supermercado, no sacolão, na padaria. Quando minha filha chega do serviço ela só precisa se preocupar em fazer comida e arrumar a casa porque as coisas já tão tudo lá. Ela não tem que preocupar de sair pra comprar nada. Quando eu quero viajar eu vou lá, compro minha passagem, arrumo minhas coisas e vou embora. Não sou daqueles que fica pedindo tudo pros outros não. Eu mesmo dou meu jeito. LGG, 67 anos.

Lins de Barros (2012) aponta que a autoidentificação como não estigma, como não velho, elimina de suas relações sociais os possíveis traços que denotam tal estigma. Deste modo, eles tentam controlar a imagem que passam para as pessoas com as quais se relacionam, principalmente quando esta pessoa não faz parte de seu grupo social. A autora aponta que um dos pontos principais para a representação da velhice está ligado à saúde, seja ela física ou mental. Qualquer que seja a forma de insanidade, ela tira do indivíduo sua possibilidade de identificar-se como ser social, pensante e independente. As doenças aparecem sempre como uma ameaça que pode interromper o caminho traçado. A velhice é vivenciada com um momento dúbio. Ao mesmo tempo em que é percebida como presente, muitas vezes a intenção é de “adiá-la” a fim de encontrar uma maneira de se ver livre dela para sempre.

É nesta questão relacionada à saúde que se localiza a principal diferenciação feita entre os participantes do Grupo Reviver e os outros, os velhos. O fato de não se perceberem velhos está sempre associado ao discurso de ter saúde, independência e autonomia, por outro lado os velhos são aqueles que se encontram debilitados, necessitando de auxílio. Há uma distinção clara feita entre eles e os outros que não se dá pela idade cronológica, mas pelo modo como cada um encara a vida.

Tem gente mais nova que eu aí e que é muito mais velha que eu. Fica reclamando de tudo, sente dor pra tudo quanto é lado. O que fala se a pessoa é velha não é o ano que ela nasceu, é a vida que ela leva. MJD, 88 anos.

A falta de convívio social também é um marcador importante para definir os que são velhos. O velho é aquele que está em casa, que não busca a interação social, que não se diverte. Em grande medida, o velho é visto como aquele que não pode, por limitações físicas e de saúde, ou que não quer, por ser “ranzinza”, participar de atividades coletivas como os encontros do grupo.

A maior diferença entre eu e os outros velhos aí é que eles não sai de casa. Fica quieto, sem fazer nada o dia inteiro. Eu não me sinto velha por isso. Tô sempre com a cabeça ocupada, fazendo alguma coisa. Esse povo que só fica em casa não sabe o que tá perdendo. NAS, 98 anos.

Tem uns homem que acha que aposentou e a vida acabou. Pois a minha vida tá longe de acabar. Eu continuo cuidando das coisas, não me entrego não. Mesmo

depois que eu adoeci eu não me entreguei. Eu passeio, compro as coisas pra minha casa. Tem gente aí que parece que morreu e esqueceu de cair. LGG, 67 anos.

Eu acho que é diferente sim. Lá perto de casa o povo não participa aqui. Eu chamo, mas eles não vem. Não posso fazer nada. Eu venho e aproveito. IFM, 72 anos.

A experiência de envelhecer é apontada pelos participantes do Grupo Reviver como algo novo, libertador, que possibilita a vivência de situações diferentes às do convívio familiar. Este resultado também é encontrado em diversos trabalhos onde na fala de mulheres velhas aparece a liberdade que elas alcançam ao chegarem à velhice. Nesta fase da vida, quando os filhos já estão criados e muitas estão viúvas, elas encontram tempo para retomarem antigos projetos e vivenciarem novas experiências.

Quando meus filhos moravam comigo eu não podia sair, tinha que cuidar deles. Hoje que eles têm a casa deles pra lá eu posso fazer minhas coisas. Eu sempre viajo com o pessoal do SESC, se meu marido quer ele vai também, se não quer eu só aviso que tô indo. ML, 69 anos.

O melhor de envelhecer é não ter mais tanta obrigação. Não tem trabalho, não tem marido, não tem filho pra ficar enchendo o saco. (...) Cada um [dos filhos] tem sua vida pra lá e eu posso fazer as coisas do meu jeito. Essa é a melhor parte de envelhecer, fazer as coisas do meu jeito. ZS, 74 anos.

Neste mesmo sentido, Maia (2013), em pesquisa com um outro grupo de convivência, coincidentemente também realizado junto à uma igreja católica em Belo Horizonte, aponta que as mulheres pesquisadas por ele, assim como as pesquisadas por mim, definem a velhice como um tempo privilegiado, propício à execução de atividades individuais livres dos constrangimentos do mundo familiar. Ele esclarece que este comportamento libertário nem sempre, provavelmente quase nunca, se repetirá nos espaços domésticos. No entanto, a experiência de liberdade possibilitada pelo grupo é capaz de satisfazer suas necessidades e sustentá-las até um novo encontro.

Não haverá mesmo uma análise relacionada à direção para onde apontam as mulheres quando saem dos encontros com o grupo. No grupo, criam todo um mundo “artificial” para lutar contra as imposições, onde criam outra realidade, mais livre (self) e do jeito que querem, com o sagrado direito de serem “diferentes” do que os familiares consideram que sejam. Em comunidade, enfatizam os vínculos de afinidade. Não querem que a empáfia familiar destrua a solidariedade construída na vivência grupal. (MAIA, 2013, pág. 85-86)

A participação nos encontros do Grupo Reviver é um marcador de vitalidade e saúde para seus participantes. Muitos referem uma mudança significativa na qualidade de vida e na saúde depois de começarem a frequentar os encontros. Tal mudança se dá mais no sentido do grupo como espaço de inserção social que nas atividades físicas vivenciadas nele. Debert (2012) aponta que os programas fazem uma celebração à terceira idade, é um novo olhar que é dado

à velhice. A entrada nestes grupos aparece como um divisor de águas entre um período de solidão e abandono para uma fase de reinserção social, com novas amizades, encontros e passeios.

Os velhos mudam sua percepção da vida quando passam a frequentar espaços de socialização e convivência. Embora em todos esses espaços o perfil dos participantes não é o do velho inativo e em crise, a utilização de tais dispositivos, em especial o Grupo Reviver, afasta os velhos desta camada mais baixa da sociedade deste estigma e os insere em um novo contexto que favorece a atividade, independência e “qualidade de vida”.

Se eu tô viva hoje eu devo a esse grupo aqui. Quando meu filho morreu eu entrei numa depressão danada. Nada tinha graça pra mim, parecia que eu ia morrer também. O pessoal da igreja ia lá em casa me visitar mas eu não tinha nem vontade de conversar e rezar com eles. A Selma sempre ia e me convidava pra vir no grupo, mas eu nem escutava. Aí um dia eu vim, só pra todo mundo parar de falar. Vim e gostei. Aqui eu me senti bem de novo. O grupo trouxe alegria pra minha vida. Achei que eu não ia mais ser feliz e agora eu posso dizer que eu sou feliz. MAS, 79 anos.

Frequentemente é feita menção ao modo como o convívio grupal influencia positivamente a qualidade de vida e a saúde na velhice. A participação no grupo funciona como um elixir da juventude.

O médico mesmo já falou que isso é bom. Ele falou assim pra quando eu tiver muito aborrecida eu procurar alguém e conversar. Mas eu prefiro vir pra cá. Porque se a gente fica aborrecida sozinha em casa a gente fica com depressão. E depressão, você sabe que mata, né? MAS, 79 anos.

E o grupo aqui é muito bom, ajuda eu viver. Como diz o nome do grupo, reviver, o nome é muito certo. Aqui a gente aprende a reviver. MJO, 62 anos.

O espaço de convivência oferecido pelo grupo é também um paliativo às lacunas deixadas pela ausência do convívio familiar. É bastante comum ouvir dos participantes que o grupo é uma família e que nele encontram apoio que não encontram junto aos familiares.

Teve um dia que eu passei mal. Sabe a Maísa [professora da turma de EJA]? Foi o marido dela que me levou pro Pronto Socorro. Ele que ficou lá comigo vendo o soro pingar, até eu sair porque eu não tenho ninguém que me ajuda nessa vida. Aí as pessoas daqui que viraram minha família. A gente aqui é tudo família. MJO, 62anos.

O grupo é minha família. Me ajuda muito vir aqui conversar porque lá em casa eu fico muito sozinha, não vai ninguém lá, então eu fico chateada dentro de casa. Aqui a gente fica melhor, fica alegre. Aqui eu converso com um, converso com outro, aquilo é minha alegria. CMV, 60 anos.

Tal aspecto de apoio aparece em diversos momentos e nas falas de participantes diversos. O que existe entre os participantes do Grupo Reviver é algo que se estende para além dos breves momentos do encontro. Como já dito anteriormente, eles se organizam como suporte uns aos

outros nos momentos de dificuldades e tristezas. Do mesmo modo, reúnem-se em confraternizações e em momentos comemorativos da paróquia. Há entre eles um profundo laço de amizade, colaboração e solidariedade. Muitos participantes, em especial aqueles que não têm contato frequente com familiares ou que não constituíram uma família durante a vida adulta, apontam estes como os laços mais sólidos que possuem nesta fase da vida. Entretanto nenhum deles manifesta tristeza ou amargura por não ter outros laços mais sólidos que os do grupo. Ao contrário, sentem-se privilegiados de participar de um espaço coletivo que os possibilita desfrutar de uma convivência tão profunda e significativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Para aqueles que não se deixaram tocar por esse argumento e ainda insistem em estereotipar as pessoas mais velhas como grupo homogêneo e inferior, resta um pensamento final. Todas as pessoas mais velhas são sobreviventes: esse é um prêmio que nem todos os seus detratores mais jovens viverão o suficiente para receber.”

Stuart-Hamilton

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional e o aumento da longevidade humana já são realidade em nossa sociedade e tendem a se intensificarem a cada dia. É urgente a necessidade de revermos os estereótipos e estigmas relacionados à velhice e ao envelhecimento para construirmos novos significados para esta fase da vida.

O presente trabalho me possibilitou ressignificar minhas próprias concepções de velhice. Quando defini como público desta pesquisa pessoas de um bairro pobre, participantes de um grupo de convivência ligados a uma instituição religiosa e atividades físicas gratuitas, imaginava encontrar pessoas que se aproximassem mais dos estereótipos ligados à velhice, debilitados, solitários e tristes, ao que a bibliografia definia como o público dos grupos de terceira idade de classe média, ativos, felizes e cheios de vida. Eu estava certa de que lá a velhice era mais triste, complicada e difícil de ser vivida. Mas como recorrentemente acontece no trabalho antropológico, fui para o campo, aquele que eu achava conhecido e familiar, e coloquei-me a estranhar o que eu julgava conhecer. Não encontrei o que esperava ver. Confesso que até procurei, mas não encontrei velhos estereótipos.

Ao contrário, deparei-me com pessoas que se esforçam para se manterem longe de tais estigmas e que buscam a cada dia reinventar sua velhice. Isso não é algo percebido somente nas falas dos participantes do grupo, mas se expressa no modo como encaram a vida, como se dedicam ao cuidado com o corpo, como valorizam a convivência social, sua autonomia e liberdade.

Mais que se importarem com tecnologias de alto custo, novos medicamentos e produtos de estética e beleza, as velhas e o velho com os quais me deparei estão preocupados com um outro tipo de beleza. Conforme dito por uma delas, *“ninguém aqui está preocupado em ter corpinho de Gisele Bündchen, mas com a beleza que vem de dentro”*. Em suas falas e atitudes, sempre ficam marcados a importância da aceitação, tolerância e respeito aos limites do outro. Para além do próprio envelhecimento, eles se mostram preocupados com o envelhecimento coletivo, com a busca da promoção da saúde e qualidade de vida de toda a comunidade.

É este o sentido apreendido por mim da experiência relatada por meus interlocutores. A velhice não precisa ser um momento de isolamento social, angústias e solidão. Ela pode ser transformada, reinventada coletivamente, pode ser um momento de prazer e de liberdade

mesmo para aqueles que não detêm muito dinheiro. A rede de relacionamento construída pelos participantes do Grupo de Convivência Reviver é baseada na confiança, cooperação e apoio mútuo e proporciona a eles um novo espaço de inclusão social, capaz de amenizar os impactos causados pela exclusão a que são submetidos os velhos.

Desta maneira, na velhice destas pessoas pobres, quando a morte social e a morte física se fazem iminentes, quando os estereótipos da velhice se fazem ainda mais marcados no corpo físico e simbólico, o grupo de convivência aparece como tecnologia capaz de possibilitar a estes velhos reviver a cada dia. Aliás, como disse Maria José, “o nome do grupo é muito certo”. Reviver é exatamente o que acontece nele. Um reviver de esperanças, de sonhos, de projetos e de pessoas. Não são raras as histórias de pessoas que chegaram lá em momentos de dificuldade e tiveram suas vidas transformadas pelo novo espaço, pela convivência e acolhida dos demais. Não são raras as pessoas que tiveram melhoras consideráveis na saúde física e mental depois de se tornarem participantes do grupo. Não são raras as pessoas que se percebem mais novas e com mais vitalidade depois de participarem dos encontros.

No meu primeiro dia junto ao grupo me assustei quando eles disseram em uníssono que não se consideravam velhos. Hoje, ao fim deste caminho, devo concordar com eles. Devo ao menos concordar com o fato de que, apesar da situação socioeconômica desfavorável, nenhum daqueles “meus” interlocutores corresponde aos estereótipos ligados à velhice. Todos eles possuem uma vitalidade enorme e contagiante que farão com que a velhice seja olhada por mim daqui pra frente com outros olhos.

Espero que este meu trabalho contribua também para mudar a percepção que outras pessoas possuem da velhice. Para mostrar que não existe uma única forma de ser velho, que a velhice pode ser diversa e sempre aberta à mudança, que ela é produzida, social e culturalmente. Espero que o estudo derivado da minha experiência com o Grupo de Convivência Reviver sirva de inspiração para que outras pessoas se permitam viver uma velhice diferente dos estereótipos e estigmas que as aproximam da morte. Que esta velhice leve, feliz e divertida possa ser conhecida de mais velhos e que mais pessoas possam ter a sensação de reviver. As risadas, abraços e confidências que presenciei não me parecem em nada com uma atmosfera de fim da vida, de maneira oposta, vejo alegria e esperança, vejo a vida renascendo em cada um deles. Muito possivelmente a morte – que não apareceu durante nossas conversas – não é uma ameaça para aqueles velhos porque realmente todos eles estão revivendo.

Como encerramento de minhas considerações finais, compartilho a canção que serve de “hino” do grupo. Nela está descrito tudo o que eu percebi, senti e vivenciei acontecendo nas tardes de segunda-feira no salão da Paróquia Santa Mônica.

“Reviver a cada dia

Com esperança e no amor

Junto com nossos amigos

Muita Força e vigor

De mãos dadas sempre estamos

Numa corrente de energia

E avante vamos juntos

Com toda a nossa alegria”

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BACKES, Marli Terezinha Stein, et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. In: **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1).
- BASSIT, Ana Zahira. História de Mulheres: reflexões sobre a maturidade e a velhice. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza, e COIMBRA JUNIOR, Carlos E. A. orgs. **Antropologia, saúde e envelhecimento** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 209 p.
- BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. A. (Org). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica número 9 – **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Rio e Janeiro, 2002a. Disponível em: <http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf> Acesso em 23 de setembro de 2014.
- _____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Série B. Textos Básicos em Saúde, Brasília/DF, 2002b. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf Acesso em 18 de outubro de 2014.
- _____ Portaria n. GM/MS 2.510, de 19 de dezembro de 2005. Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde (CPGT). _____ 2005. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2510.htm> Acesso em 31 de outubro de 2014.
- _____, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Ciência e tecnologia em Saúde**. Brasília, CONASS, 2007.

- _____, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica número 25 - **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Rio e Janeiro, 2009. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf
Acesso em 23 de setembro de 2014.
- _____, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio e Janeiro, 2013. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/sintese_defaultxls.shtm Acesso em 23 de setembro de 2014.
- BUTLER, Judith. *Corpos que pesam: Sobre os limites discursivos do sexo*. In LOURO, Guacira Lopes. **O Corpo Educado: Pedagogias da Sexualidade**. Belo Horizonte: Editora Autêntica. 2ª edição. 2003.
- CAPONI, Sandra. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências, Saúde** — Manguinhos, IV (2):287-307, jul.-out. 1997.
- CARNEIRO, Angélica Cotta Lobo Leite. **Práticas educativas nas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte e sua relação com a promoção de saúde**. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010. Disponível em http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-86AJY6/angelica_cotta_lobo_leite_carneiro.pdf?sequence=1 Acesso em 13 de outubro de 2014.
- CASSIANO, Janine Gomes, et al. **Dança Sênior: um recurso na intervenção terapêutico-ocupacional junto a idosos hígidos**. RBCEH, Passo Fundo, v. 6, n. 2, p. 204-212, maio/ago. 2009.
- DEBERT, Guita. Grin. Gênero e envelhecimento. In: **Estudos Feministas**, nº 1, 1994.

- DEBERT, Guita Grin. **A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas.** São Paulo: RBCS Vol.12, nº 34, 1997, PP. 39-56
Disponível em: http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_34/rbcs34_03.htm.
Acesso em: 17 de junho de 2012.
- DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice.** São Paulo, Edusp/Fapesp, [1999] 2012.
- DEBERT, Guita Grin. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS, M. M. L. **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007, PP. 49-67.
- DOUGLAS, Mary. (1970) "Los dos cuerpos" In: **Simbolos Naturales: exploraciones en cosmologia** Madrid: Alianza Editorial, 1978.
- FARAH, Rosa, et al. Novas tecnologias no envelhecimento. **Kairós.** Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde , V. 5, 2009.
- FEATHERSTONE, Mike. e HEPWORTH, Mike. (2000). “Envelhecimento, tecnologia e o curso da vida incorporado”. In: DEBERT, G. e GOLDSTEIN, D. **Políticas do corpo e o curso da vida.** São Paulo, Sumaré, 2000.
- FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes, et al. As diferenças de gênero na velhice. In: **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2007, vol.60, n.4, pp. 422-427.
- GEERTZ, C. Do ponto de vista dos nativos: a natureza do entendimento antropológico. In: **Saber Local, Novos Ensaios de Antropologia Interpretativa.** Petrópolis: Vozes, 1997, pp. 85-107.
- GEERTZ, C. Uma Descrição Densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1989, p.7-41.
- HARAWAY, Donna. Manifesto Ciborgue. In: TADEU, Tomaz. (org.). **Antropologia do Ciborgue: as vertigens do pós-humano.** 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2009, pp. 33-118.

- KUNZRU, Hari. Você é um ciborgue: Um encontro com Donna Haraway. In: TADEU, Tomaz. (org.). **Antropologia do Ciborgue**: as vertigens do pós-humano. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2009, pp. 18-32.
- LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. 2ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- LE BRETON, David. **Antropologia do corpo e modernidade**. Petrópolis: Vozes, 2011.
- LINS DE BARROS, Myriam Moraes. Trajetória dos estudos de velhice no Brasil. In: **Sociologia, problemas e práticas**. n.º 52, 2006, pp. 109-132
- LINS DE BARROS, Myriam Moraes. A Velhice na pesquisa socioantropológica brasileira. In: Goldenberg, M. (org.). **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2011. pp. 45-64,
- LINS DE BARROS, Myriam Moraes. Testemunho de vida: um estudo antropológico de mulheres na velhice. In: BARROS, M. M. L. **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007, PP. 113-168.
- MAIA, Luiz Divino. **Flor de Mangueira**: a reinvenção da velhice num grupo de mulheres. 2013. 217 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Belo Horizonte, 2013.
- MARIN, Maria José Sanches; SANTANA, Flávio Henrique da Silva e MORACVICK, Maria Yvette Aguiar Dutra. Percepção de idosos hipertensos sobre suas necessidades de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP [online]. 2012, vol.46, n.1, pp. 103-110.
- MAUSS, Marcel. As Técnicas Do Corpo. In: MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003a[1935].
- MAUSS, Marcel. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de eu. In: MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003b[1938].
- MINAYO, Maria Cecília de Souza, e COIMBRA JUNIOR, Carlos E. A. Introdução – Entre a Liberdade e a Dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento In: MINAYO, Maria Cecília de Souza, e COIMBRA JUNIOR, Carlos E. A. orgs. **Antropologia, saúde e envelhecimento** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

209 p.

- MOTTA, Alda Britto de. “Chegando pra idade”. In: BARROS, M. M. L. **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007, PP. 223-235.
- PEIXOTO, Clarice. Histórias de Mulheres, de Envelhecimento e Sexualidade. In: DEBERT, Guita Grin. e GOLDSTEIN, Donna. **Políticas do corpo e o curso da vida.** São Paulo, Sumaré, 2000
- PEIXOTO, Clarice. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In: BARROS, M. M. L. **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007, PP. 69-84.
- SALGADO, Carmen Delia Sánchez. Mulher idosa: a feminização da velhice. In: **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.
- SCHRAIBER, Lilia Blima, et al. Tecnologias em Saúde In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, s/d. Disponível em <http://www.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tecsau.html> Acesso em 31 de outubro de 2014.
- SEGRE, Marco e FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. In: **Revista de Saúde Pública** [online]. 1997, vol.31, n.5, pp. 538-542.
- SILVA, Maria da Glória Silva e. Idosos aposentados: representações do cotidiano. In: **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 1, p. 91-104, 1999.
- UCHÔA, Elizabeth. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3), mai-jun, 2003.
- VERAS, Renato. Novos desafios para o jovem país envelhecido. In: GOLDENBERG, Mirian (org). **Corpo, envelhecimento e felicidade.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011, PP. 329-339.