

O SENTIDO DE SAÚDE E AS IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM IDOSOS

THE MEANING OF HEALTH AND ITS IMPLICATIONS FOR THE PRACTICE OF PHYSICAL EDUCATION IN ELDERLY

Renata Frazão Matsuo*
Maria Luiza de Jesus Miranda**
Marília Velardi**

RESUMO

O presente estudo apresenta uma reflexão acerca da subjetividade envolvida no trinômio saúde, doença e velhice, quando se tem em mente uma prática em Educação Física coerente com o ideário da Promoção da Saúde. Aborda a pedagogia freireana e a sua utilização como suporte teórico para a atuação prática quando se objetiva a promoção da saúde. A capacitação do indivíduo é o ponto-chave, e aspectos como a autonomia e o *empowerment* são apontados como necessários para a saúde. Práticas embasadas na pedagogia de Paulo Freire devem considerar a história de vida dos sujeitos, e, especialmente quando se pretende atuar com o envelhecimento, seria relevante conhecer a subjetividade envolvida no processo saúde e doença, tendo em vista a relação que tem sido estabelecida entre velhice e doença. Recorre-se, então, às discussões atuais de González Rey sobre o sentido subjetivo e a subjetividade.

Palavras-chave: Educação física. Envelhecimento. Saúde.

INTRODUÇÃO

O momento atual é de ambiguidade: ao mesmo tempo em que se fazem esforços para prolongar a vida humana, a sociedade, o Estado e a família não sabem o que fazer com os velhos, considerados um problema social. No Brasil, assim como em todo o mundo, a população idosa está em constante crescimento (CAMARANO, 2002), e tem ocorrido um aumento na oferta de serviços e programas para a melhoria da saúde dessas pessoas.

A atividade física se enquadra nesta gama de serviços e tem sido uma das práticas mais valorizadas atualmente. Nos discursos recentes da área de Educação Física é recorrente o papel da prática de atividade física na manutenção da saúde na velhice. Por outro lado, é preciso atentar para essa relação entre saúde, doença e velhice, pois se observa uma representação

social de saúde reducionista, especialmente em estudos científicos que associam esta prática à diminuição de doenças e ao aumento da expectativa de vida (ARAÚJO; ARAÚJO, 2000; CARVALHO et al., 1996; MATSUDO; MATSUDO, 1992; MATSUDO et al., 2002; STELLA et al., 2002).

A construção de sentido se deve às representações sociais formadas com base em opiniões influentes, como as pesquisas científicas, por exemplo, que são utilizadas como referência para as práticas com idosos. Temos então um cenário deficiente, no qual a saúde é associada à ausência de doenças, e a prática de exercícios, a um remédio para a cura, capaz de prevenir e minimizar os efeitos do envelhecimento (MATSUO, 2007).

Esse cenário tem estado presente na maioria dos programas destinados à população idosa, como observado em sites de academias (PAES,

* Mestre. Centro Universitário Estácio Uniradial.

** Doutora. Professora da Universidade de São Paulo.

2008). Nesses programas o objetivo é a saúde, tentando-se reverter os efeitos do envelhecimento num contexto em que velhice e doença são tidas como sinônimos e a saúde é entendida de forma simplista e equivocada, como resultado da prática de exercícios físicos. Essa visão, baseada no paradigma biomédico, afasta-se das discussões atuais sobre promoção da saúde (BAGRICHEVSKY; PALMA, 2005).

Especificamente no caso dos idosos, é importante atentar para a concepção de saúde que estes possuem, visto que o envelhecimento e a doença estão relacionados de tal forma que, por vezes, um passa a ser sinônimo do outro, principalmente quando se focalizam somente os sinais de desgaste dos corpos (LOPES, 2000; UCHÔA et al., 2002).

Enfatiza-se a velhice como doença, mas não se conhece o que os idosos pensam sobre isso. Aliás, como sabê-lo, se é retirada dessas pessoas a capacidade de pensar sobre si mesmas? Especificamente quando se trata da saúde nessa população, como saber o que realmente ela pensa? Moscovici (1978) chamou de representações sociais a compreensão desse conhecimento, que se associa ao conjunto de comportamentos e crenças, compondo o senso comum de uma sociedade.

Segundo González Rey (2002), quando se trabalha no âmbito da Educação - nesse caso, a educação física para idosos - é importante conhecer o indivíduo com o qual se atua, considerando-o um sujeito com uma história de vida e com representações e significados que influenciam suas ações e comportamentos. Para Freire (1996), é com base na realidade dos educandos que partimos para a construção de um dado conhecimento. Neste sentido, especialmente em programas voltados à promoção da saúde, torna-se fundamental compreender o sentido de saúde para seus participantes, uma vez que esse conhecimento deve ser apreendido para que, associado à prática, traga significado ao educando e, assim, a compreensão de uma determinada realidade.

Quando pensamos em um projeto relacionado à aprendizagem, temos que destacar o seu impacto sobre os sujeitos envolvidos. Durante uma prática de atividades físicas, professores e alunos se relacionam socialmente, interagindo como sujeitos e construindo

mutuamente a subjetividade. Para González Rey (2005), é de extrema importância o caráter subjetivo na concepção de sentido das pessoas, pois quando se constrói um determinado conhecimento, este expressa tanto a história do sujeito quanto as representações e crenças construídas socialmente.

Nesse contexto insere-se o trabalho aqui apresentado, cujo objetivo é discutir a importância de se conhecer o sentido de saúde em idosos quando se pretende propor, na área de Educação Física, iniciativas educacionais sintonizadas com a visão atual de promoção da saúde.

EDUCAÇÃO FÍSICA “PROMOVENDO” SAÚDE NA VELHICE

Nos veículos de comunicação, no tocante à área de Educação Física, observa-se a representação social do seu papel atrelada à melhora da saúde, porém a uma visão de saúde que se restringe à ausência de doenças. Isso pode ser preocupante, tendo-se em vista que a construção de sentido se deve à formação de ideias sociais, principalmente, por meio de representações sociais baseadas em opiniões influentes. Não podemos negar os benefícios da atividade física para a saúde divulgados pela mídia, nem o crescente número de estudos científicos que associam esta prática à redução de doenças e ao aumento da expectativa de vida, mas é preciso compreender que não é somente esse o papel da Educação Física.

Críticas têm sido feitas ao reducionismo da área, tanto no período em que surgiu quanto atualmente. Estas críticas se referem principalmente a um olhar mais amplo sobre o termo saúde, o qual engloba, além da prevenção de doenças, a preocupação com fatores mais sociais e subjetivos. De acordo com World Health Organization (1994), existem alguns requisitos fundamentais para a saúde, envolvendo fatores como justiça social, equidade, educação, saneamento, paz, habitação, salário digno, estabilidade do ecossistema e sustentabilidade dos recursos naturais. Historicamente, segundo Rosen (1994), foi após a influência do sanitarista Henry Sigerist que a saúde passou a ter um caráter multifatorial,

ampliando-se para além do paradigma biomédico.

No final da década de 1940 a *World Health Organization* publicou uma definição de saúde com ênfase no bem-estar dos indivíduos e comunidades, sendo um ponto de partida para o entendimento da saúde de uma maneira mais ampla, e não mais como dependente do conceito de doença.

Não obstante, o conceito de saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença” foi alvo de críticas, e o termo saúde passou a ser substituído por outro de difícil conceituação: bem-estar (CAPONI, 2003). Essa conceituação também foi considerada, como apontou Lopes (2000), distante da realidade, pois dificilmente uma pessoa estará, mesmo que temporariamente, em completo bem-estar, e nem por isso deixará necessariamente de ter saúde. Assim, bem-estar não pode ser considerado um estado, mas um processo, ou um meio para a realização de objetivos individuais e comunitários (MATSUO, 2007). As críticas recorrentes reforçaram a tendência de se considerar a saúde como uma entidade plurifatorial, resultante de ações individuais e coletivas na resolução de problemas de ordem biológica, psicológica e social (FARINATTI, 2006).

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

Essa reestruturação do termo saúde foi influenciada de maneira profunda pelo movimento da Promoção da Saúde e suas práticas; todavia, de acordo com Bagrichevsky e Estevão (2004), apesar da ampliação do conceito, ainda há programas e ações que não o

internalizaram, ocorrendo dificuldades na “operacionalização” dos projetos, uma vez que seus conteúdos teóricos são mais claramente inteligíveis do que suas práticas, ocorrendo, por vezes, inconsistências e contradições nos projetos de promoção da saúde.

No caso da educação física, compreendida como uma prática em saúde, não é diferente. A prática de exercícios físicos frequentemente tem sido apontada como um dos principais fatores da boa saúde das populações, e um número crescente de projetos embasados na perspectiva da Promoção da Saúde desponta nos grandes centros urbanos, porém a relação que se estabelece é de prevenção de doenças.

Segundo Devide (1996), são inegáveis seus benefícios orgânicos, mas é reducionista pensar que a atividade física tem somente essa influência, tendo-se em vista a concepção de saúde como plurifatorial, englobando questões psicológicas e, principalmente, sociais. O profissional não deve trabalhar objetivando o fortalecimento de apenas uma determinada parte do corpo, mas do indivíduo como um todo. Alguns autores, como Gaya (1989), acreditam que isso acontece porque a Educação Física, como área de atuação, foi influenciada ao longo dos anos por diversas instituições e parece não ter identidade própria, pois agregou outros sistemas, como os discursos médico e militar, sem definir seu próprio papel social.

Nos programas em que se estabelece uma relação entre a atividade física e a saúde, frequentemente esta ocorre via aptidão física (FARINATTI, 2000; NAHAS et al., 1992). Em estudo realizado por Alves et al. (2004) pôde-se notar que a melhora da saúde dos idosos está relacionada ao desenvolvimento da aptidão física. A atuação profissional enfatiza os componentes biológicos do corpo e a sua melhora, por meio de uma prática meramente mecânica.

Se considerarmos a Educação Física como área eminentemente pedagógica, as práticas podem ser estruturadas de outra maneira, enfatizando a capacidade humana de refletir sobre si e o mundo, o que favorece a autonomia, elemento priorizado nas novas concepções de Promoção da Saúde. Além disso, é importante salientar que nem toda prática de atividade física é educação física, pois esta, quando

compreendida como “parte da cultura humana”, vai além da mera repetição de movimentos e contribui para a formação de um aluno/cliente crítico e autônomo. Sendo assim, a atividade física passa a ser encarada como um meio para a educação física, dentro ou fora do âmbito escolar (FERRAZ et al., 2004; GEREZ et al., 2007).

Autonomia é compreendida aqui como a capacidade de se autogovernar e decidir conscientemente sobre as próprias ações, a partir da reflexão sobre si e sobre o mundo. A autonomia é frequentemente associada à independência física e, se acreditarmos nesta associação, não poderemos afirmar que um deficiente físico ou um idoso com limitações poderá ser autônomo, pois é dependente físico. O indivíduo autônomo é capaz de, com base em escolhas conscientes, tomar decisões que partem de seus valores sociais e de suas necessidades individuais, levando em consideração a responsabilidade para com o meio em que vive, podendo ter ou não independência física (FARINATTI, 2000; CZERESNIA, 2003; FREIRE, 2003).

Para favorecer a autonomia, na concepção da Promoção da Saúde, é necessária a capacitação (*empowerment*) dos indivíduos e das comunidades por meio de ações educativas (CZERESNIA, 2003). Assim, a perspectiva educacional coerente para uma educação para a autonomia encontra em Paulo Freire um alicerce, pois, para esse educador, aprender criticamente é, em suma, formar autonomia.

A Pedagogia Freireana, também conhecida como Pedagogia Libertadora, propicia a participação ativa do educando durante o processo de construção do conhecimento. Essa perspectiva desenvolve a educação como prática da liberdade, que, segundo Freire (2003), é premissa para a autonomia.

Para Freire (1996, 2003), por meio da educação é possível transformar a sociedade em que vivemos. Para isso, o professor deve favorecer a autonomia do seu aluno, através de ações que valorizem a reflexão e a capacidade crítica, levando-o a refletir sobre quem é ele mesmo, a sociedade em que ele vive e, assim, capacitar-se para gerar mudança.

Não obstante, importa salientar que não é qualquer educação que desperta essas qualidades

no educando. Segundo Freire (1996), a educação bancária ou tradicional, cujo conhecimento é transferido do “ser que tudo sabe” para o “ser que nada sabe”, não favorece a capacidade crítica, pois o educando recebe as informações sem participar da construção desse novo conhecimento. Na proposta de Paulo Freire, o educador deve propiciar o diálogo na sala de aula, e o conhecimento é construído mutuamente, com base na reflexão e nas vivências dos seus educandos. Nesse sentido surge a tarefa importante do professor: favorecer a consciência crítica e, assim, a autonomia do seu aluno.

Diante dessas considerações, uma pedagogia da autonomia na Educação Física deve comprometer-se com uma ação educativa que não somente transmita conhecimentos sobre os componentes biológicos do corpo, ou a pura repetição de movimentos, mas possibilite a liberdade de discussão do ser que está inserido no mundo em sua totalidade. A educação deve ser o objetivo primordial da Educação Física e, para tanto, faz-se mister favorecer a reflexão do praticante, uma vez que a mera execução de exercícios lhe tira a capacidade humana de refletir, apontam Silva Júnior et al. (2006).

Dessa forma, os ganhos em aptidão física não poderiam ser considerados os principais objetivos de um programa de Educação Física embasado nos ideais da Promoção da Saúde, pois a prática não é um fim em si, mas um meio para que as pessoas conheçam e aprendam suas limitações e potencialidades, facilitando o seu engajamento em tais práticas e ajudando o processo de desenvolvimento também em outras dimensões de sua vida (GEREZ et al., 2007; VELARDI, 2003).

Para Gerez et al. (2007), o profissional de Educação Física frequentemente não facilita a autonomia dos seus alunos, pois os obriga a fazer atividade física por acreditá-la fundamental. Quando se trabalha no sentido de favorecer a autonomia é preciso que as pessoas descubram a importância da atividade física e decidam fazê-la, pois o papel do profissional da saúde e, principalmente, do educador em saúde, como é o caso do educador físico, é mostrar que a saúde é um valor humano, um valor da vida, um valor coletivo, e que a preocupação do indivíduo com sua saúde é fundamental.

A educação física enquanto estratégia de educação em saúde, principalmente no caso dos idosos, pode estruturar-se a partir de práticas em que eles aprendam sobre saúde e a se conhecer, discutam as atividades e suas implicações e compreendam de maneira crítica o que fazem. Dessa forma, poderão optar pelo que julgam necessário para a sua saúde, demonstrando posicionamento crítico (VELARDI, 2003).

Quanto aos idosos, é importante destacar que o potencial humano para o desenvolvimento não termina com a velhice e que é imprescindível o educador acreditar na inclusão do idoso, conforme aponta Freire (1996), pois somente assim suas práticas não serão assistencialistas, nem serão realizadas apenas com o propósito de diminuir as perdas dessa fase da vida. Como enfatizam Cachione e Neri (2004, p. 13), “A educação é um processo contínuo vivido pelo ser humano ao longo de toda a vida”.

Jacob Filho (2007) menciona em seu texto a importância de se manter informado continuamente, mesmo na velhice, visto que a “velhice está na moda”, e com isso uma gama de serviços tem sido oferecida a esta população e, frequentemente, são impostas aos idosos condições determinadas pelos mais jovens. Segundo o autor, não somente a informação é importante, mas também a tomada de decisão de acordo com as suas experiências e expectativas futuras com base no conhecimento que o indivíduo tem sobre si e o mundo, pois assim ele estará agindo autonomamente.

Santos e Portella (2005) acreditam que se os idosos não tiverem sua autonomia favorecida, acabam se tornando “massa de manobra”, dependentes do que a sociedade e a família acham importante para eles. De acordo com esses autores, as práticas de saúde e a educação gerontológica devem se preocupar com a manutenção ou desenvolvimento da autonomia na velhice, para que se desconstrua a visão de que na velhice basta amenizar as perdas e “ter paciência diante da iminência da finitude” (SANTOS; PORTELLA, 2005, p. 38).

A autonomia é necessária para que se tenha qualidade de vida apesar das limitações da velhice. A Educação Física, dessa forma,

pode auxiliar na promoção da saúde do idoso, propiciando-lhe a aprendizagem de novos conhecimentos com relação a sua saúde, suas capacidades e limitações, além de reconhecer o envelhecimento como um processo natural. Com isso a Educação Física pode modificar a atitude dos idosos quanto à velhice e favorecer sua autonomia, algo fundamental, segundo Neri (2004), para um envelhecimento bem-sucedido.

A SUBJETIVIDADE NO PROCESSO EDUCATIVO: O SENTIDO DE SAÚDE PARA IDOSOS

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

O autor descreve subjetividade como

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

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

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

A subjetividade se produz em espaços sociais constituídos historicamente;

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

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

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

Considerando a subjetividade social e a individual como partes de um mesmo sistema, o autor apontou que as produções de sentido são formadas pelas contradições entre esses dois níveis de organização, que participam, simultaneamente, do desenvolvimento dos sujeitos e da sociedade. Desta forma, a subjetividade social e a individual não são separadas, e se relacionam, mas em “momentos diferentes de um mesmo sistema” (GONZÁLEZ REY, 2004, p. 145). O indivíduo produz sentidos subjetivos durante sua história de vida, organizando-se e reorganizando-se em configurações subjetivas. Sentido subjetivo é definido pelo autor como uma atividade organizada pertencente à própria subjetividade individual, cujos processos simbólicos em geral, bem como as emoções e os significados, são integrados, porém cada elemento não determina o outro, mesmo que possa ser evocado por esse outro.

Gerez et al. (2007) afirmaram que em um processo de ensino-aprendizagem, como é o caso da Educação Física, é necessário refletir sobre a realidade em que se está inserido, para que o conhecimento seja subjetivado. Um novo conhecimento precisa estar associado às configurações subjetivas anteriores para produzir novos sentidos subjetivos. Para que

um elemento externo se torne sentido e significado para o indivíduo é preciso que se integre às suas configurações subjetivas, as quais são constituídas pela sua história de vida. Freire (1996), em seu livro *Pedagogia da Autonomia*, retratou a importância do respeito aos saberes do educando e escreveu que, além de respeitar os saberes socialmente construídos, é importante utilizá-los para que, associados ao ensino dos conteúdos, façam sentido para o aluno.

No caso dos idosos, por sua longa história de vida e por estarem vivendo a experiência do envelhecimento, com suas marcas e preconceitos, a educação a ser oferecida deve favorecer-lhes a reflexão sobre quem são e sobre a realidade em que se inserem, para que a aprendizagem possa ser subjetivada e, assim, apreendida (no sentido de assimilada).

Acredita-se que os processos subjetivos se iniciam com a vida, e não abruptamente com a velhice. Tais processos subjetivos são singulares ao sujeito e, desta forma, cada indivíduo vive de forma única as modificações decorrentes do envelhecimento. Neste sentido, a forma como cada pessoa constitui subjetivamente suas mudanças corporais não se inicia na velhice, mas no desenvolvimento da sua vida.

Para complementar a ideia destacada por Gerez et al. (2007) podem-se utilizar as ideias de Fernandes (2003) sobre o fato de que os saberes construídos são fundamentais para a educação relativizar o contexto do conteúdo trabalhado. Esta autora afirmou, ainda, que o contexto educacional não se limita à escola e, neste sentido, cabe estender a visão às práticas de educação em saúde, como é o caso da Educação Física para idosos.

No tocante à educação em saúde, para Gazzinelli et al. (2005), o trabalho educativo deve enfatizar os saberes do senso comum, considerando o sujeito em sua totalidade e valorizando seus princípios e valores para a mudança de atitude em relação à sua saúde. A Educação em Saúde, para estes autores, deve partir da construção compartilhada de conhecimentos, evidenciando a subjetividade dos sujeitos, algo preconizado por Freire e Shor (1986) quando afirmam que, para a educação rumo à autonomia dos indivíduos, é imprescindível compreender os pensamentos, as

ideias e as opiniões construídos e compartilhados pelas populações.

Em se tratando de práticas em saúde, torna-se fundamentalmente relevante reconhecer o sentido atribuído à saúde, visto ser este o conhecimento científico em questão quando se trabalha no âmbito da Promoção da Saúde por meio da pedagogia freireana. Especificamente no envelhecimento, Lopes (2000) enfatizou a importância do conhecimento acerca do tema Saúde, considerando-se a relação que se estabelece entre doença e velhice. Outra autora que aborda este assunto é Santos (2001), a qual afirma em sua tese que a saúde, para os idosos, tem um sentido de construção da vida, pois por vezes velhice e doença são percebidas como sinônimos.

Na velhice o processo de perdas e declínios é evidente, e em nossa sociedade a subjetivação dessa fase da vida é equivalente à doença. Estabelecer essa associação da velhice com a doença e acreditar que não é possível existir desenvolvimento nesta fase se traduzem em uma visão preconceituosa do envelhecimento, porém é exatamente o que está enraizado na subjetividade social. É importante salientar que tal visão não ocorre somente nas conversas cotidianas, mas principalmente nas pesquisas e nas práticas.

Um estudo realizado por Uchôa et al. (2002) no interior de Minas Gerais mostrou exatamente que esta visão negativa da velhice é a relatada pela literatura. Os autores, nesse estudo, concluíram que a visão externa negativa é afirmada pelo ideal produtivista do capitalismo, gerando um sentido de improdutividade dos idosos, e, conforme afirmou Santos (2001, p. 43),

[...] aí que reside o eixo central das conotações negativas do Ser Velho em nossa sociedade. Em realidade, é essa 'improdutividade' e o que ela representa, ampliada em termos sociais e psíquicos, como impotente, não criativo, declinante, que dá sentido definitivo, inexorável da velhice em nossa cultura.

A autora complementou que a negatividade da velhice é similar à depreciação da condição de estar doente no sentido de ser incapaz de trabalhar, o que,

econômica e socialmente, gera preconceitos. Nota-se, então, mascarando esses possíveis preconceitos, uma ampliação nos termos para designar velhice, tais como: adulto maduro, idoso, melhor idade e, o mais comum, terceira idade. Neri (2001) salientou que é importante saber as razões de se utilizarem tais termos, pois o problema não está na palavra em si, mas sim, no eufemismo, disfarçando o estigma que carrega o envelhecimento.

Em um estudo realizado por Matsuo (2007) foi possível observar a subjetivação envolvida nas concepções de saúde e doença na velhice. O objetivo da pesquisa era reconhecer o sentido de saúde em idosos e relatou que esse conceito se associa às subjetivações adquiridas através da experiência do envelhecimento. As idosas subjetivaram a ideia de saúde como ausência de doenças, pois para elas a doença foi encarada como algo incapacitante e, nesse caso, a sensação de serem consideradas incapazes e, assim, serem excluídas socialmente, aparece como uma configuração subjetiva fortemente vinculada ao sentido de saúde. Em uma sociedade capitalista e utilitarista como esta em que vivemos, a perda da capacidade de produção é encarada como um problema social, daí a associação da doença com a incapacidade.

Nesta pesquisa também foi possível perceber que as idosas entrevistadas, como eram ainda ativas socialmente e recebiam a exclusão social, não se consideravam velhas, pois isto se vinculava, segundo elas, à ideia de doença, portanto, de incapacidade. Acreditavam não se encaixar na representação social de velho associada a algo negativo e descartável, e se adjetivavam como jovens, por terem alegria e vontade de viver.

Segundo Debert (1998), as fases da vida, entre elas a velhice, são criadas socialmente, e na representação da nossa sociedade há atitudes e comportamentos ditos normais para cada categoria etária. Corroborando estas ideias, Neri (2001) complementou que a idade influencia a expectativa de desempenho quanto à ocupação das pessoas e à atitude em relação aos idosos. Por

exemplo, em relação ao trabalho, a atitude mais comum é a de considerá-los incapazes. Como afirmou a autora, existem papéis e comportamentos adequados para cada idade, e durante o envelhecimento espera-se que os idosos parem de trabalhar, pois é a época imposta para a aposentadoria. Muitos idosos não se consideram velhos exatamente por não apresentarem as características ditas “normais” para esta faixa etária. A desvalorização do idoso, além de basear-se nos estereótipos já citados anteriormente, também fortalece a ideia de que no envelhecimento não há possibilidade de desenvolvimento. Estes rótulos são reforçados pela Psicologia Desenvolvimentista do século XIX, que declara haver crescimento na infância, estabilização na fase adulta e declínio na velhice (NERI, 1995).

Para Minayo (2006), o termo saúde reflete conhecimentos, experiências e valores dos indivíduos e coletividades, sendo considerado pela autora como uma construção social. Se os idosos acreditam que velhice é sinônimo de doença, buscarão práticas de saúde para reverter os efeitos do envelhecimento, fenômeno que já vem ocorrendo. Os idosos negam, então, a velhice, fugindo do preconceito enraizado no imaginário social. As práticas que trabalham no âmbito da Promoção da Saúde precisam conhecer esse sentido atribuído pelos idosos, em relação tanto à sua saúde quanto ao processo de envelhecimento.

Com base nesta discussão, entendemos a importância de se reconhecer o sentido de saúde, doença e envelhecer dos indivíduos com quem se atuará. Conhecendo-se isto é possível propor intervenções para ajudar a estabelecer novas configurações e retirar a ideia de negatividade da velhice. Uma vez que não se consideram velhos, nos idosos não acreditam nas suas perdas, não veem necessidade de autocuidado com a própria saúde. Associar as práticas em Promoção da Saúde com o sentido de saúde atribuído pelos idosos pode favorecer, então, o autocuidado e, com isso, a autonomia e o *empowerment*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao acreditarem que durante a velhice há um potencial de desenvolvimento e que é necessário estimulá-lo para que se tenha boa qualidade de vida apesar de limitações, os profissionais da área de Educação Física precisam desmistificar, especialmente junto aos idosos, a premissa de que envelhecimento significa doença e de que não é possível haver desenvolvimento nesta fase. Isto se torna imprescindível se o enfoque for entender a área como eminentemente educacional, cujo objetivo seja desenvolver os conhecimentos, os valores e o posicionamento crítico dos indivíduos.

Desta forma, uma perspectiva educacional coerente com o ideário da Promoção da Saúde, a fim de favorecer a autonomia do educando, deve se preocupar com a subjetividade envolvida no processo de aprendizagem. No envelhecimento, que a construção social associa à doença, o sentido de saúde deve ser compreendido, para que a construção do conhecimento seja realmente eficaz. Com sua associação à configuração subjetiva, o conhecimento passa a ser significativo nas práticas em saúde, auxiliando os idosos na aprendizagem sobre saúde, no autoconhecimento, no entendimento sobre as atividades e suas implicações, e na compreensão crítica sobre o que fazem, no sentido de poderem, optar pelo que julgarem necessário para sua saúde.

A subjetividade está presente nos seres humanos e a Educação Física precisa compreender isso. Especificamente no envelhecimento, as práticas em saúde precisam ir além do caráter puramente curativo e biológico. A Educação Física pode e deve auxiliar na Promoção da Saúde do idoso, facilitando a aprendizagem de novos conhecimentos com relação a sua saúde, suas capacidades e limitações, reconhecendo o envelhecimento como um processo natural, modificando suas atitudes em relação à velhice e favorecendo, assim, o autocuidado e a autonomia destes sujeitos.

THE MEANING OF HEALTH AND ITS IMPLICATIONS FOR THE PRACTICE OF PHYSICAL EDUCATION IN ELDERLY
ABSTRACT

This paper presents a discussion about the subjectivity involved in the triad of health, disease and old age, when aiming to a practice in Physical Education consistent with the ideals of Health Promotion. It draws on Freirian pedagogy and its use as a theoretical support for the practice when the objective is Health Promotion. The empowerment of the individual is the key point, and issues such as autonomy and empowerment are identified as necessary for health. Practices based on Paulo Freire's pedagogy should consider one's life history and, especially when it is intended to deal with aging, it would be relevant to know the subjectivity involved in health and disease, considering the relationship that has been established between age and disease. Therefore the need to resort to González Rey's current discussions about subjective meaning and subjectivity.

Keywords: Physical education. Aging. Health.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. V. et al. Aptidão física relacionada à saúde de idosos: influência da hidroginástica. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 31-37, 2004.
- ARAÚJO, D. S. M. S.; ARAÚJO, C. G. S. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 6, n. 5, p. 194-213, 2000.
- BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. Os sentidos da saúde e a educação física: apontamentos preliminares. **Revista Arquivos em Movimento**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1-16, 2004.
- BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A. Questionamentos e incertezas acerca do estatuto científico da saúde: um debate necessário na educação física. **Revista da Educação Física da UEM**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 1-18, 2005.
- CACHIONE, M.; NERI, A. L. Educação e velhice bem-sucedida no contexto das universidades da terceira idade. In: NERI, A. L. (Org.). **Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas, SP: Papyrus, 2004. p. 29-49.
- CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: Ipea, 2002.
- CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2003. p. 55-77.
- CARVALHO, T. et al. Posição oficial da sociedade brasileira de medicina do esporte: atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 78-81, 1996.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: _____ (Org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2003. p. 39-53.
- DEBERT, G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: MORAES M.; BARROS, L. **Velhice ou terceira idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p. 49-67.
- DEVIDE, F. P. Educação física e saúde: em busca de uma reorientação para a sua práxis. **Movimento**, Porto Alegre, ano 3, v. 5, p. 44-55, 1996.
- FARINATTI, P. T. V. Autonomia referenciada à saúde: modelos e definições. **Motus Corporis**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 9-45, 2000.
- _____; FERREIRA, M. S. **Saúde, promoção da saúde e educação física: conceitos, princípios e aplicação**. Rio de Janeiro: Ed. da UERJ, 2006.
- FERNANDES, S. M. C. Representações sociais e educação especial: sentidos, identidade, silenciamentos. **Revista Benjamin Constant**, Rio de Janeiro, 24. ed., n. 2, [10 f], 2003. Disponível em: <<http://www.ibr.gov.br/index.php?catid=4&itemid=66>>. Acesso em: 10 jan. 2007.
- FERRAZ, O. L. et al. Pedagogia do movimento humano: pesquisa do ensino e da preparação profissional. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 18, p. 111-122, 2004.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- _____. **Educação como prática de liberdade**. 26. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.
- FREIRE, P.; SHOR, I. **Medo e ousadia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- GAYA, A. Educação física: educação e saúde? **Revista de Educação Física da UEM**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 36-38, 1989.
- GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimento, representações sociais e experiências de doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.
- GEREZ, A. G. et al. A prática pedagógica e a organização didática dos conteúdos de educação física para idosos no projeto sênior para a vida ativa da universidade São Judas Tadeu: uma experiência rumo à autonomia. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, São Paulo, v. 28, p. 221-236, 2007.
- GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

GONZÁLEZ REY, F. L.. **Sujeito e subjetividade:** uma aproximação histórico cultural. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003.

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

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

JACOB FILHO, W. Quem vai nos proteger? **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 1 mar. 2007. Folha Equilíbrio, p. 2.

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

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

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R. Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade.

Revista Brasileira de Ciência do Movimento, Taguatinga, DF, v. 6, n. 4, p. 19-30, 1992.

MATSUDO, S. M. et al. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Revista Brasileira de Ciência do Movimento**, Taguatinga, DF, v. 8, n. 4, p. 21-32, 2002.

MATSUO, R. F. **O sentido de saúde em idosos do projeto sênior para a vida ativa da USJT**. 2007. 106 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física)-Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2007.

MINAYO, M. C. S. Saúde como responsabilidade cidadã. In: BAGRICHEVSKY, M. et al. (Org.). **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Nova Letra, 2006. v. 2, p. 67-92.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

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

NERI, A. L. **Psicologia do envelhecimento:** temas selecionados na perspectiva de curso de vida. Campinas, SP: Papirus, 1995.

_____. Paradigmas contemporâneos sobre desenvolvimento em psicologia e em sociologia. In:

_____. **Desenvolvimento e envelhecimento, perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas, SP: Papirus, 2001. p. 11-37.

_____. **Velhice bem-sucedida:** aspectos afetivos e cognitivos. Campinas, SP: Papirus, 2004.

PAES, A. **Musculação para idosos**. 2008. Disponível em: <<http://www.hotfrog.com.br/Empresas/Academia-Titanio>>. Acesso em: 15 dez. 2008.

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

SANTOS, V.; PORTELLA, M. R. As práticas educativas de promoção da saúde e da cidadania do idosos e seu caráter emancipatório. In: SANTIN, J.; VIEIRA, P. **Envelhecimento humano:** saúde e dignidade. Passo fundo: Ed. da UPF, 2005. p. 37-50.

SANTOS, W. T. **O olhar do idoso sobre sua própria saúde**. 2001. 154 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Departamento de Prática de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SILVA JÚNIOR, A. P. et al. Autonomia e educação física: uma perspectiva à luz do ideário da promoção da saúde. **Conexões**, Campinas, SP, v. 4, n. 1, p. 15-33, 2006.

STELLA, F. et al. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Motriz: Revista de Educação Física**, Rio Claro, SP, v. 8, n. 3, p. 91-98, 2002.

UCHÔA, E. et al. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.)

Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz, 2002. p. 25-33.

VELARDI, M. **Pesquisa e Ação em educação física para idosos**. 2003. 189 f. Tese (Doutorado em Educação Física)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2003.

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

Recebido em 24/03/2009

Revisado em 17/01/2010

Aceito em 13/02/2010

Endereço para correspondência: Renata Frazão Matsuo. R Henrique Sertório, 326, apto 94, Tatuapé, CEP 03066-065, São Paulo-SP, Brasil. E-mail: renata_matsuo@yahoo.com.br