

Representações sociais de saúde e de doença na velhice

Oseias Guimarães de Andrade

*Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Av. Colombo, 5790, 87020-900, Maringá, Paraná, Brasil.
Endereço para correspondência: Rua Doutor Antonio de Azevedo, 477, apto 43-A, Jd. Monte Carlo, 87080-390, Maringá,
Paraná, Brasil. e-mail: oseiasandrade@wnet.com.br*

RESUMO. Esta pesquisa teve como objetivos descrever algumas características de um grupo de idosos residentes numa cidade do Sul do Brasil e compreender suas representações sociais de saúde e de doença na velhice. O marco referencial utilizado foi a Teoria das Representações Sociais e a estratégia para a coleta de dados incluiu uma entrevista estruturada e a Técnica de Desenho-História com Tema. Os dados produzidos foram submetidos à análise temática e permitiram concluir que o grupo pesquisado possui um corpo de conhecimento particular sobre saúde e doença na velhice. Um modo específico de pensar, de sentir e de agir, frente ao fenômeno saúde/doença, estão coerentes com a natureza social, histórica e cultural do grupo, bem como com o meio no qual está inserido.

Palavras-chave: representações sociais, processo saúde-doença, velhice.

ABSTRACT. *Social representation of health and illness in oldness.* This study aimed to identify some characteristics of an elderly group who lives in a Southern Brazilian city, and also to understand their social representations concerning health and illness in oldness. Social Representation theory was used as theoretical reference, and the strategy to collect data included a structured interview, as well as Drawing-History Technique with Theme. The results were analyzed using the Thematic Analysis. In conclusion, the analyzed group is concerned with health and illness. They have a special way of thinking, feeling and acting upon health and illness phenomena coinciding with the group characteristics and the context in which they are inserted.

Keywords: social representations, health-illness process, old age.

Introdução

A transição demográfica e epidemiológica decorrente do processo de envelhecimento populacional, verificado a partir das últimas décadas, implica consequências para as quais nós, profissionais e sociedade em geral, devemos estar preparados. Assim, torna-se imprescindível ampliar o conhecimento sobre quaisquer questões inerentes ao processo de vida das pessoas idosas. Nessa perspectiva, elegemos para estudo, o fenômeno saúde/doença na velhice, sob a ótica das próprias pessoas idosas.

É sabido que o processo saúde-doença não representa nenhuma disciplina, nem um campo separado da dinâmica social. Pelo contrário, tem um caráter peculiar que inclui a multidimensionalidade e, portanto, a multidisciplinaridade.

De acordo com Minayo (1998), o processo saúde-doença revela uma relação que sobrepassa o corpo individual e social, confrontando-se com as turbulências do ser humano enquanto ser total. Trata-se de um fenômeno clínico e sociológico

vivido culturalmente e, assim, importa tanto por seus efeitos no corpo, como por suas repercussões no imaginário. A autora acrescenta ainda nessa perspectiva que qualquer ação de diagnóstico, de tratamento, de prevenção ou de planejamento deveria considerar os valores, as atitudes e as crenças dos grupos aos quais a ação se dirige.

Capra (1995) comenta que o modelo biomédico que orienta o pensamento dos profissionais da saúde está influenciado pelo paradigma cartesiano, no qual o corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisado por peças. A doença é vista como um mal funcionamento dos mecanismos biológicos, sendo que o papel do médico é intervir física ou quimicamente para consertar o defeito de funcionamento de um mecanismo específico. A rigorosa divisão entre corpo e mente, preconizada pela filosofia de Descartes, levou a medicina a concentrar-se no corpo como uma máquina e a desconsiderar os aspectos psicológicos sociais e ambientais do processo saúde-doença. Essa visão, em nossa opinião, reduz a possibilidade de compreender

o processo saúde-doença como fenômeno multidimensional, pois revela que a concepção da racionalidade científica privilegia apenas as variáveis biológicas desse processo. Portanto, com o intuito de ampliar nossa compreensão do processo saúde-doença na velhice, propusemos-nos a desenvolver este estudo que busca conhecer o significado de saúde e de doença e seus desdobramentos para as pessoas idosas, partindo de suas próprias percepções. Assim, optamos pela Teoria das Representações Sociais como fundamentação do estudo, por considerá-la útil para explicar a construção do saber popular, e para tanto elaboramos os seguintes objetivos:

- descrever algumas características pessoais de um grupo de idosos residentes numa cidade do Sul do Brasil.
- interpretar as representações sociais de saúde e de doença na velhice, elaboradas pelo grupo.

Fundamentação teórica: a teoria das representações sociais como forma de explicar a construção do conhecimento comum

A partir da Psicologia Social, Moscovici (1978) em sua obra clássica, “A representação social da psicanálise”, produzida em 1961, pretende investigar em que se converte um conhecimento científico e técnico, quando passa do domínio de especialista ao domínio do sentido comum, como o público a representa e modela e por quais vias se constitui a imagem que dela se tem. Nesse sentido, o termo Representações Sociais refere-se à noção de processos psicossociais que determinam a produção do comportamento e das relações com o meio ambiente, desencadeando modificações numa dinâmica constante.

Segundo o autor, as representações sociais são entidades que circulam, se cruzam e se cristalizam incessantemente através da comunicação social em nosso universo cotidiano.

Para Jodelet (1984), as representações sociais remetem-nos ao conhecimento do sentido comum, do pensamento natural, por oposição ao pensamento científico. São constituídas a partir de nossas experiências e também de informações, conhecimentos e modelos de pensamentos que recebemos e transmitimos através da tradição, da educação e da comunicação social. São modelos de pensamento prático, orientados pela consciência, pela compreensão e pelo domínio do meio social, materializados e idealizados que se caracterizam em nível de organização dos conteúdos e das operações mentais e da lógica. São imagens que aglutinam um conjunto de significados, de sistemas de referências

que nos permitem interpretar o que ocorre conosco e dá sentido ao inesperado. Podem ser entendidas como categorias que servem para classificar as circunstâncias, os fenômenos e as pessoas com as quais nos relacionamos, constituindo-se em teorias que permitem estabelecer opiniões.

As representações sociais correspondem, portanto, às próprias definições de objetos sociais e as relações que se estabelecem entre este e um determinado grupo de indivíduos, através do conteúdo expresso nas informações, nas imagens, nas opiniões e nas atitudes, em função do contexto social e cultural.

A investigação das representações sociais sobre saúde e doença na velhice entre as pessoas idosas remete-nos, assim, a uma “teoria popular”, a um conhecimento particular acerca do fenômeno saúde/doença entre o grupo selecionado, elaborados a partir de suas experiências de vida num contexto sociocultural determinado.

Material e métodos

O estudo que tem um caráter exploratório-descritivo foi realizado numa cidade da região Sul do Brasil. Compomos a amostra de pesquisa a partir da valorização de critérios de representatividade qualitativa, que, segundo Thiollent (1986), é denominada amostra intencional. Desse modo, selecionamos os participantes, intencionalmente, privilegiando as pessoas com 60 anos ou mais de idade, segundo definição de idoso da OMS (1982), com capacidade de comunicação verbal, de realizar desenhos simples e residentes no município local da pesquisa.

Vale ressaltar que esta pesquisa seguiu as normas da Resolução n.º 196/96, sobre “Investigação Envolvendo Seres Humanos” do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), que exige que os participantes sejam esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, que tenham liberdade de escolha de participar ou não e que suas identidades sejam preservadas.

Entre os doze (12) idosos contactados, apenas um (1) se recusou a participar do estudo. Portanto, onze (11) idosos participaram da pesquisa, número determinado pela reincidência de informações.

A estratégia para produção dos dados foi realizada durante o mês de fevereiro de 2001 e se deu junto a cada idoso individualmente em seu domicílio. Contou com duas técnicas conjugadas: a primeira foi uma entrevista estruturada contendo perguntas sobre características pessoais dos participantes e a segunda, que denominamos de Desenho História com Tema, foi adaptada para esta pesquisa, a partir

do Procedimento Desenho-História de Trinca (1972).

Após consentimento livre e esclarecido, cada indivíduo recebeu uma folha de papel sulfite em branco e um lápis preto n.º 2. Em seguida, solicitamos que realizasse um desenho qualquer que representasse um idoso com saúde. Depois de terminado o desenho, solicitamos que contasse uma história correspondente ao mesmo. Ao terminar esse procedimento, pedimos que outro desenho fosse realizado, porém, agora, que representasse um idoso enfermo e, como anteriormente, uma história correspondente.

As histórias narradas, foram gravadas com a devida permissão dos idosos, em fita cassete e duraram em média 25 minutos. Os dados produzidos com a entrevista foram discutidos com a finalidade de estabelecer uma identidade do grupo. Os produzidos a partir dos conteúdos das histórias narradas com a técnica de Desenho-História foram submetidos à análise temática que, segundo Bardin (1994), consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem o texto em análise, podendo ser graficamente apresentados através de uma palavra, frase ou resumo.

Resultados e discussão

Algumas características dos participantes da pesquisa

As informações referentes às características pessoais dos participantes serão apresentadas na Tabela 1, como segue. Vale ressaltar que nessa tabela a identificação dos informantes está representada pela letra I e por um número, que significa Idoso e a ordem das entrevistas respectivamente.

Os resultados mostraram que a maioria dos idosos, oito entre os onze entrevistados, eram do sexo feminino. Esse fato revela uma característica presente no processo de envelhecimento populacional que, de acordo com Mathias (2001), deve-se à maior esperança de vida entre as mulheres.

A média de idade do grupo foi de 75,5 anos, sendo que a mínima era de 60 e máxima de 83 anos.

Esse dado mostra que o grupo pesquisado apresenta uma expectativa de vida ao nascer acima da média nacional que é de 67,2 anos (OPS, 1998).

Com respeito à religião, Neri (1993) explica que para muitas pessoas é o quadro de referência mais importante, especialmente para os idosos. A autora ainda alude que os teóricos do desenvolvimento tendem a aceitar que a partir da meia-idade os indivíduos dão maior atenção aos aspectos internos do *self*, fato que propicia o surgimento de sentimentos e comportamentos religiosos.

Quanto ao estado civil, constatamos que entre as idosas, quatro eram viúvas, uma solteira e três ainda viviam com seus esposos. Com relação ao estado civil, os idosos do sexo masculino, eram casados e coabitavam com suas esposas.

O número maior de viúvas corrobora a pesquisa veiculada na literatura, como já mencionada, que se refere ao fato de as mulheres viverem mais que os homens.

No que se refere à ocupação dos idosos pesquisados, verificamos que quatro eram aposentados e não exerciam nenhuma atividade, três ainda desenvolviam atividades domésticas, dois eram comerciantes, um mestre de obras e uma era costureira.

A atividade na velhice, segundo Coury (1993), tem correlação importante com a satisfação na vida. Aspectos positivos como a manutenção da auto-estima devido, em parte, à sensação de pertencer a um grupo social produtivo, tem efeitos benéficos na saúde física, social e mental entre os idosos.

No tocante à escolaridade, esta pesquisa revelou que apenas um idoso era analfabeto, quatro haviam cursado até o quarto ano do ciclo básico de ensino, um até o terceiro, dois até o segundo e três apenas o primeiro ano. Ao nosso ver, esse grupo, no que refere à escolaridade, é privilegiado, pois ainda em nosso país a educação não adquire o nível de importância que merece. É muito comum verificarmos entre a população idosa um grande número de indivíduos que não teve a oportunidade de aprender a escrever o seu próprio nome.

Tabela 1. Características pessoais dos participantes.

Identificação	Sexo	Idade	Religião	Est. Civil	Ocupação	Instrução	Estado de saúde	Renda familiar
I ₁	F	8	Católica	Viúva	Aposentada	3º ano primário	Hipertensão/osteoporose	3 SM
I ₂	F	68	Católica	Casada	Aposentada	4º ano primário	Hipertensão/diabete	4 SM
I ₃	M	74	Católica	Casado	Comerciante	4º ano primário	Lombalgia	8 SM
I ₄	M	0	Católica	Casado	Mestre de Obra	4º ano primário	Diabete	9 SM
I ₅	F	61	Católica	Viúva	Doméstica	1º ano primário	Lombalgia	3 SM
I ₆	M	77	Adventista	Casado	Aposentado	2º ano primário	Insuficiência cardíaca	3 SM
I ₇	F	83	Católica	Viúva	Comerciante	1º ano primário	Câncer vaginal	2 SM
I ₈	F	77	Católica	Casada	Do lar	Analfabeta	Sem problemas	5 SM
I ₉	F	71	Católica	Viúva	Do lar	1º ano primário	Sem problemas	4 SM
I ₁₀	F	63	Católica	Solteira	Costureira	4º ano primário	Dor no punho	3,5 SM
I ₁₁	F	74	Católica	Casada	Aposentada	2º ano primário	Hipertensão insuf. cardíaca	6 SM

Com relação ao estado de saúde auto-informada, contatamos que dois idosos afirmaram não ter nenhum problema de saúde, quatro deles admitiram ter problemas “leves”, como lombalgia ou “dor no punho”, quatro revelaram problemas “moderados” como hipertensão, diabetes e osteoporose, como mostra a Tabela 1. Uma idosa informou ter câncer vaginal, o que consideramos um problema grave de saúde.

Como podemos observar, a grande maioria dos idosos pesquisados apresenta alguma doença do tipo crônico-degenerativa não-transmissível. A despeito do tamanho do grupo pesquisado, podemos afirmar que esse quadro nosológico representa um retrato do perfil epidemiológico nacional e até mundial. A incidência de doenças cardiovasculares, as neoplasias e o diabetes vêm aumentando nos países em desenvolvimento.

No que tange à renda familiar, verificamos uma variação entre três e nove salários mínimos, com uma média de 5,4. Esse fato revela que nossa população idosa é desprovida de meios econômicos que propiciem um bem estar nessa fase da vida, que demanda tantos gastos com saúde, moradia, alimentação e lazer, afetando sensivelmente sua qualidade de vida.

Diante do exposto, inferimos que o grupo detém atributos que orientam suas representações de saúde e de doença, diferenciadas se comparadas com outros. As características apontadas permite-nos concordar com Abric (1998) quando afirma que a função de identidade das representações sociais sobre determinado objeto social traduz o contexto onde se insere, como constataremos na discussão dos temas gerados a partir dos discursos dos idosos.

A leitura dos conteúdos das histórias narradas pelos idosos, a partir da elaboração de seus desenhos, permitiu-nos a identificação de nove temas.

Análise temática do conteúdo das histórias narradas

Uma leitura atenta dos conteúdos das histórias idealizadas pelos idosos, a partir da elaboração de seus desenhos, permitiu-nos a identificação de nove temas. Eles traduzem, em sua integralidade, um modo de pensar, de sentir e de agir peculiares, ou seja, como os idosos representam a saúde e a doença na velhice, a partir de sua identidade social, cultural e experiência de vida.

Tema 1: A doença e a saúde como estados diferentes de um mesmo processo

Os idosos expressam a idéia de saúde e de doença como dois estados diferentes, porém não-separados,

mas parte de um mesmo processo da vida. A saúde e a doença não são dois extremos, mas um *continuum* em que as diferenças seriam percebidas numa escala de intensidade. Em determinados momentos, teria-se mais saúde e menos doença ou vice-versa. Este aspecto revela a noção de um pensamento orgânico sobre a saúde e a doença.

Em suas representações de saúde e de doença, há uma certa fluidez em que as diferenças entre um estado e outro são percebidas em uma escala de intensidade. Esse fato pode ser evidenciado nas respostas dos idosos. Quando solicitados para realizarem desenhos de um idoso com saúde e outro enfermo, com suas histórias correspondentes, separadamente, verificamos a existência de uma interconexão. A história do idoso saudável apresentava conteúdos referentes à doença. Por outro lado, a história do idoso enfermo apresentava conteúdos de saúde. Portanto podemos inferir que para os participantes desta pesquisa o processo saúde-doença se traduz como um processo único.

Tema 2: O vínculo afetivo com a saúde e com a doença

O processo saúde-doença denota, através da manifestação dos idosos, que está carregado de investimentos afetivos. Em termos de representação social, trata-se dos sentimentos vinculados ao objeto de representação. Assim, o estado de saúde se vincula à felicidade; “... se a pessoa é idosa e tem saúde, essa pessoa é feliz, mesmo que seja idoso...” (I₁).

Por outro lado, em situação de doença a pessoa se torna infeliz “... acho que a pessoa doente, não é feliz, não vive feliz...” (I₀).

O sentimento de penar também é referido pelos participantes quando se referem à doença.

“... é um sofrimento, as pessoas que vê um doente, tem pena...” (I₂)

Essa relação afetiva com o processo saúde-doença detectada aparece nos escritos de Hipócrates. Segundo Capra (1997), a doutrina hipocrática sobre “humores” e “paixões”, a interdependência da mente e do corpo, integram os componentes da natureza humana e são inerentes ao processo saúde-doença.

Tema 3: Saúde e doença como diferentes estados de ânimo

Constatamos que os idosos se referem à saúde ou à doença como estados de ânimos diferentes. Se a pessoa tem saúde, tem ânimo e está sempre ativo. O contrário ocorre quando a pessoa está doente, ou seja, torna-se uma pessoa desanimada e recusa qualquer atividade; “... a pessoa que tem saúde, não

tem preguiça, como bem, dorme bem ..." (I₂) ou "... conheço companheiros assim, desanimados, vive só desanimado, é um doente ..." (I₁₁).

Em seus comentários, os participantes deixam transparecer que saúde denota disposição, estado de ânimo e motivação para a realização de atividades. Por outro lado, a doença está relacionada a um estado de indisposição e a falta de motivação para a vida.

De acordo com Queiroz (1991), em seus estudos sobre representações de saúde e de doença, a definição de doença para muitos significa um intervalo na vida do paciente em que ele deixa de cumprir involuntariamente atividades, produtivas ou não.

Para os idosos desta pesquisa, o intervalo de cessação de atividades representaria a própria doença.

Tema 4: Os cuidados preventivos e curativos no processo saúde-doença

Esse tema representa a orientação de comportamento, determinada pelas representações de saúde e de doença entre os idosos pesquisados. Refere-se aos cuidados que correspondem a uma preocupação tanto em nível preventivo quanto curativo no processo saúde-doença; "... em primeiro lugar a pessoa pra ter saúde, não pode ficar assim parada, tem que alimentar bem, não fumar, não beber..." (I₃), "... todo ano faço análise de colesterol, glicose, ácido úrico e glicérides, minha alimentação é dedicada a depuração do sangue..." (I₆).

Os cuidados comentados pelos idosos denotam a necessidade de se preocupar com uma vida regrada para a conservação da saúde. Outro fato verificado concernente à preservação e à manutenção da saúde é a posição social.

"... a pessoa tem que ter uma casa viver, é muito importante, a pessoa vive feliz, com saúde..." (I₉).

Com relação aos cuidados curativos, verificamos que os idosos recorrem às outras formas de terapias além da alopática.

"... tenho um livro antigo, eu me guio por ele, é muito bom pra saúde..." (I₆).

A busca de alternativas para resolver problemas de saúde, além do tratamento médico oficial, deixa transparecer a ineficiência do modelo atual de assistência, (Minayo, 1998). Outro fato que leva à busca de alternativas para a solução dos problemas de saúde é a relação vertical e assimétrica entre os profissionais e os pacientes.

Tema 5: Processo saúde-doença e meio ambiente

Na concepção dos idosos pesquisados, a relação entre saúde e doença com o meio ambiente envolve

dois aspectos. O primeiro é positivo quando promove a saúde, "... quando tenho problema, às vezes uma dorzinha, busco a companhia das pessoas, das flores, dos pássaros, verde, acho que viver com a natureza dá saúde..." (I₁₁). Outro aspecto, que é o negativo, apresenta-se quando o meio ambiente influencia no aparecimento de doenças, "... entrava muito na água, nos rios, então peguei várias doenças, malária, várias vezes..." (I₃).

A interdependência entre meio ambiente e processo saúde-doença é explicada de modo mais consistente a partir de uma concepção holística de saúde. Capra (1997) refere-se ao bem estar ou ao estado de saúde quando existe um equilíbrio harmônico entre o ser humano e o seu meio. Qualquer fato que interfira de modo negativo nessa relação causa desequilíbrio e, portanto, sobrevem o que se pode denominar de doença.

Tema 6: A dimensão espiritual no processo saúde-doença

A espiritualidade como dimensão humana não está separada daquilo que é inerente à vida do homem. Pode ser entendida como a sensação do ser humano de estar inserido no mundo, de fazer parte, de pertencer ou de estar ligado a algo maior que ele próprio.

Capra (1995) explica que a consciência ecológica em nível mais profundo é o reconhecimento intuitivo da unidade da vida, da interdependência de suas múltiplas manifestações e de seus ciclos de mudança e transformação. Esse reconhecimento pode ser chamado de consciência espiritual. Portanto, a espiritualidade ou o espírito humano pode ser definido como o modo de consciência em que nos sentimos unidos ao cosmos como um todo. Essa consciência foi manifestada por alguns idosos "... um idoso doente, começa a pensar em igreja, em Deus, seu pensamento já é pensamento final das coisas, é hora de pedir a Deus..." (I₄). Aqui a doença na velhice, traz a idéia de finitude como organismo material, induzindo a reflexão e comunhão com Deus, que para a religião Católica e outras, representa o Criador do universo.

A consciência ecológica e a harmonia com o cosmos evidencia uma influência positiva não só no processo saúde-doença, mas na própria vida "... acho que a vida é como o nascer do sol, todos os dias pode estar revivendo, a vida é uma maravilha que eu comparo com o nascimento do sol, a coisa mais bonita que existe..." (I₉).

Tema 7: Atitude mental e processo saúde-doença

Esse tema revela uma face da multidimensionalidade do fenômeno saúde/doença.

As menções relativas à mente, como dimensão que participa da constituição do ser humano, aparecem como atitudes assumidas frente aos problemas de saúde. Para os idosos pesquisados, a mente é referida como dimensão importante a ser considerada no processo saúde-doença, "... se a mente está só pensando na doença, então fica triste, ali, sentado ou deitado, perde o pensamento positivo..." (I₅), ou, "... tenho minha mãe com 86 anos, ela trabalha, faz de tudo, e está doente. Só que ela não pensa na doença, sua mente é positiva e não negativa, porque quem manda mais é a mente..." (I₇).

Para os idosos, a mente atua de modo positivo ou negativo, reflete respectivamente o estado saudável ou não, independentemente da presença de doença objetivamente instalada.

Nesse tema, novamente verificamos a conotação holística na versão dos idosos sobre a saúde e a doença. A interdependência mente-corpo traduz um significado mais amplo do conceito saúde-doença. Atualmente essa versão já é bastante aceita entre muitos profissionais da saúde. Esta percepção também demonstra compreensão da multidimensionalidade do processo saúde-doença.

Tema 8: A dimensão social e o processo saúde-doença

Contatamos que a dimensão social, relacionada ao processo saúde-doença, manifestado pelos idosos, inclui três aspectos distintos, com grande influência nos estados de saúde ou de doença "... a pessoa com saúde é aquela que trabalha. Eu com 74 anos saí agora de uma empresa onde trabalhei 30 anos e só tive duas semanas parado, depois tive um problema, agora só trabalho quatro dias na semana..." (I₃), ou "... as pessoas têm que ter uma casa pra viver, é muito importante. Então elas vivem felizes e com saúde..." (I₉), ou "... uma pessoa sozinha, também é doente, não é feliz, porque quando a pessoa vive com alguém, está bem, tem mais energia, tem mais saúde..." (I₉).

Verificamos com esses comentários que as condições de trabalho, de moradia e de relação interpessoal têm grande influência no processo saúde e doença. O trabalho como atividade física é importante para a manutenção da saúde, porém não deve ser excessivo, há que se preocupar com o equilíbrio entre o esforço e o repouso. As condições de moradia, para os idosos pesquisados, também influenciam o estado de saúde, pois promovem o bem estar.

A convivência com outras pessoas, na visão dos idosos, é importante para a saúde, pois tem mais estímulos para a vida. Essa percepção está

consonante com o caráter multidimensional do processo saúde-doença, visto que trata da dimensão social do homem interferindo no seu bem estar.

Tema 9: A aparência física como reflexo dos estados de saúde e de doença

De acordo com os comentários dos idosos contidos em suas histórias, constatamos que a aparência física pode definir o estado de saúde ou de doença. A imagem que se tem de saúde é vinculada à boa aparência ou a uma postura adequada enquanto que a doença se vincula à má-aparência ou a uma postura física distorcida, "... esse idoso que desenhei, (aponta para o desenho) tá mais torto, mais magro, as pernas mais fracas e o pescoço torcido para um lado ..." (I₆), ou, "... essa pessoa (aponta para o desenho) tá assim, mais feia, se for comparada com a mulher que trabalha, tá com a cara mais feia..." (I₈), ou ainda, "... a pessoa idosa com saúde é aquela que anda, reto, direito..." (I₈).

A postura física, nesse caso, demonstra a própria disposição da pessoa para trabalhar e divertir-se, traduzindo uma conotação para o conceito de saúde.

O fato de se atribuir imagens ou aparências à saúde e à doença, traduz o processo de objetivação das representações sociais, o que significa que um determinado conceito abstrato como saúde ou doença, é transferido para uma imagem materializada do objeto representado.

Considerações finais

O conjunto de temas identificados revela o imaginário do grupo pesquisado sobre saúde e doença na velhice. Ao mesmo tempo, define as representações sociais produzidas a partir de um contexto social e cultural vivido pelo grupo vinculado ao próprio objeto de representação. Trata-se de um pensamento-unidade, em que diversos elementos estão relacionados, formando um "corpo orgânico" no qual conceitos, sentimentos e comportamentos interpõem-se configurando-se numa "teoria popular" sobre o fenômeno social saúde/doença. Esse conhecimento (popular) se apresenta de modo orgânico, remete àquilo que está "vivo" e exprime uma lei organizadora em que o fluxo das mudanças e dos movimentos naturais provoca a interação de todos os elementos, uns sobre os outros.

O binômio saúde-doença, para o grupo, comporta os aspectos físicos, sociais, espirituais e mentais numa interação com o meio ambiente e com a própria visão do mundo que o grupo adota. Diante disso, evidenciamos um contraste entre a concepção construída pelo grupo sobre saúde e

doença na velhice e a construída no âmbito do conhecimento formal ou científico. É que os problemas de saúde não são focalizados no mal-funcionamento de um órgão ou de um sistema específico, mas em algo inerente à totalidade do ser.

As manifestações emitidas pelo grupo de idosos pesquisados indicam-nos um modo de pensar, de sentir e de agir com relação à saúde e a doença na velhice, que foram criados e desenvolvidos a partir do senso comum e apresenta auto-coerência, um corpo de conhecimento particular e autônomo, que deve ser considerado em qualquer ação de saúde por parte do saber científico.

Referências

- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais: In MOREIRA, A. S. P.; de OLIVEIRA, D. C. (Ed.) *Estudos interdisciplinares de Representações Sociais*. Goiânia: Cultura e Qualidade, 1998, p. 27-38.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde- Resolução n.º 196/96 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. *Bioética*. Brasília, DF: n. 4, p. 15-25, 1996.
- CAPRA, F. *Sabedoria incomum*. 10 ed. São Paulo: Cultrix, 1995.
- CAPRA, F. *O ponto de mutação: a ciência a sociedade e a cultura emergente*. 20. ed. São Paulo: Cultrix, 1997.
- COURY, H. J. C. G. Satisfação no trabalho e satisfação na vida: questões teóricas e metodológicas. In: Neri, A. L. (Ed.) *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papirus, 1993, p.137-156.
- JODELET, D. *Representation sociale: phenomenos, concept et theorie*. In: MOSCOVICI, S. *Psychologie sociale*. Paris: PUF, 1984. cap. 17, p. 357 -58.
- MATHIAS, T. A. de F. *A saúde do idoso em Maringá: análise do perfil de sua morbi-mortalidade*. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- MINAYO, M. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* 5. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1998.
- MOSCOVICI, S. A. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978 .
- NERI, A. L. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP: Papirus, 1993.
- OPS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Indicadores Básicos 1998*. Situación de Salud en las Américas – Programa Análisis de Situación de Salud – División de Salud y Desarrollo humano, 1998.
- QUEIROZ, M. S. *Representações sobre saúde e doença: agentes de cura e paciente do SUDS*, Campinas: Editora Unicamp, 1991.
- THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1986.
- TRINCA, W. *O desenho livre como estímulo de apercepção temática*. 1972. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências, Letras e História - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1972.

Received on June 09, 2003.

Accepted on October 21, 2003.