

Anderson da Silveira

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CORPO, BEM-ESTAR
PSICOLÓGICO E SOCIAL E PRÁTICAS DE CUIDADO
CORPORAL ADOTADAS POR IDOSOS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Brigido Vizeu Camargo.

Coorientadora Profa. Dra. Andréia Isabel Giacomozzi

Florianópolis
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silveira, Anderson da
Representações sociais do corpo, bem-estar
psicológico e social e práticas de cuidado corporal
adotadas por idosos / Anderson da Silveira ;
orientador, Brígido Vizeu Camargo , coorientadora,
Andréia Isabel Giacomozzi , 2019.
132 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Representações sociais. 3.
corpo. 4. velhice. I. , Brígido Vizeu Camargo. II.
, Andréia Isabel Giacomozzi. III. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação
em Psicologia. IV. Título.

Anderson da Silveira

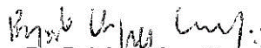
**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CORPO, BEM-ESTAR
PSICOLÓGICO E SOCIAL E PRÁTICAS DE CUIDADO
CORPORAL ADOTADAS POR IDOSOS**

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 13 de março de 2019.

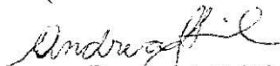


Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes
(Coordenador - PPGP/UFSC)

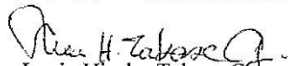


Dr. Brígido Vizeu Camargo
(PPGP UFSC - Orientador)

Dra. Andréa Isabel Giacomozzi
(PPGP UFSC - Coordenadora)



Dra. Andréa Valéria Steil
(PPGP UFSC - Examinadora Interna)



Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves
(PPGENF UFPA - Examinadora Externa)

Dra. Andréa Barbará da Silva Bousfield
(PPGP UFSC - Examinadora Suplente Interna)

Dra. Ana Maria Justo
(PPGP UFES - Examinadora Suplente Externa)

Dedico este trabalho aos idosos de
minha convivência e àqueles que
participaram deste estudo.

AGRADECIMENTOS

Aprendi durante esses anos que a formação acadêmica é feita de muito estudo, gentileza e gratidão. Sou muito grato a toda Equipe do LACCOS - Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição que me acolheu tão bem nestes dois anos. Ao meu orientador Dr. Brígido Vizeu Camargo e à minha coorientadora Dra. Andréia Giacomozzi, minha gratidão pela seriedade, retidão e pelo modo sempre cordial com que me orientaram. À Dra. Andréa Barbará Bousfield por estar presente desde o início do Mestrado e por ter me acolhido no estágio de docência. Também expressei meu agradecimento à Dra. Lucia Takase e à Dra. Andreia Steil. Ambas de forma muito gentil se dispuseram a participar de minha banca, contribuindo com o exame do texto e com apontamentos muito pertinentes. Por meio destes professores estendo o meu agradecimento a todos os docentes que fizeram parte de minha trajetória acadêmica. Agradeço também à minha equipe de trabalho na Assistência Educacional da GEPPEXI da UnisulVirtual. Vocês sempre são muito parceiros em tudo! Em especial agradeço ao suporte do Professor Moacir Heerdt, com quem sempre aprendo muitas lições de vida. Meu muito obrigado ao meu amigo Dr. Rafael da Cunha Lara, pesquisador dedicado e uma postura intelectual rara nos dias atuais. Às minhas colegas de Mestrado: Manu, Mari, Ivana, Maiara e Juliana. Muito obrigado pelas conversas e pela amizade que se formou nestes dois anos. Desejo muito sucesso a vocês! Ao meu amigo Douglas Garcia, agradeço pelas trocas e dicas referentes ao universo da pesquisa em Psicologia. Aos meus familiares, especialmente aos meus pais e meus sogros, minha gratidão eterna. Vocês são meu sustento e apoio em todos os momentos. Agradeço à minha esposa Thamiris, por me acompanhar e me incentivar sempre e ao meu filho João Gabriel por seu sorriso cheio de ternura e alegria. É com vocês que aprendo a conjugar o verbo amar todos os dias! Me desculpem se aqui não citei alguém. Mas, fica aqui minha gratidão a todos que de algum modo fazem parte de minha vida e que contribuem para o meu crescimento como ser humano. Sobretudo, agradeço à Deus, Criador de todas as coisas visíveis e invisíveis, Razão de toda razão.

Por certo, os que não obtêm dentro de si os recursos necessários para viver na felicidade acharão execráveis todas as idades da vida.
(Marco Túlio Cícero, 106-46 a.C.)

RESUMO

Esse estudo analisou as relações entre as representações sociais do corpo, bem-estar psicológico e social e práticas de cuidado corporal adotadas por idosos. Participaram da pesquisa 40 idosos residentes na Grande Florianópolis. Os participantes foram pareados por sexo, sendo 20 do sexo feminino e 20 do sexo masculino, com idade igual ou superior a 60 anos (entre 60 e 84 anos). A média de idade dos participantes foi de 69,6 anos para mulheres (DP=7,12) e de 68,4 para os homens (DP=6,98). Como instrumento de coleta de dados, foi utilizada uma entrevista em profundidade com o objetivo de descrever a representação social do corpo e identificar as principais práticas de cuidados corporais adotadas pelos idosos. Além desse instrumento, foram aplicadas duas escalas, para medir o nível de bem-estar psicológico e bem-estar social dos participantes. Os dados textuais coletados nas entrevistas foram analisados com o auxílio do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ), por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) ou método Reinert e da Análise de Especificidades. Os resultados demonstraram que as participantes do sexo feminino organizaram as representações sociais do corpo em torno da aparência e reconheceram no corpo um objeto de interação social. A atividade física foi a prática de cuidado corporal mais associada às mulheres. Os homens organizaram a representação social do corpo em torno da funcionalidade e da preocupação com a saúde física. A alimentação foi a prática de cuidado corporal mais associada aos participantes do sexo masculino. Quanto aos índices de bem-estar, os resultados indicaram que o bem-estar psicológico foi positivo, quando associado às práticas de cuidado corporal dos idosos e negativo, quando associado às representações do corpo.

Palavras-chave: Representação social. Corpo. Cuidados corporais. Envelhecimento. Práticas Sociais. Idoso.

ABSTRACT

This study analyzed the relationships between the social representations of the body, psychological and social well-being and body-care practices adopted by the elderly. 40 elderly people living in the greater Florianópolis area participated in the study. Participants were paired by gender, 20 female and 20 male, 60 years of age or older (between 60 and 84 years old). The mean age of the participants was 69,6 years for women ($SD = 7,12$) and 68,4 years for men ($SD = 6,98$). As an instrument of data collection, an in-depth interview was used to describe the social representation of the body and to identify the main corporal care practices adopted by the elderly. In addition to this instrument, two scales were applied to measure the level of psychological and social well-being of the participants. The textual data collected in the interviews were analyzed with R package pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ), by means of the Descending Hierarchical Classification (DHC) or Reinert method and Analysis of Specificities. The results showed that female participants organize the social representations of the body around the appearance and recognize in the body an object of social interaction. Physical activity is the practice of body care most associated with women. Men organized the social representation of the body around functionality and concern for physical health. Feeding was the practice of body care most associated with male participants. Regarding well-being indexes, the results indicated that the psychological well-being was positive, when associated with the body-care practices of the elderly and negative, when associated with the representations of the body.

Keywords: Social representation. Body, Body-care. Ageing. Social Practices. Elderly.

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Classes geradas pela Classificação Hierárquica Descendente – CHD	71
<i>Figura 2.</i> Dendrograma do Corpus bitemático: “o corpo e as práticas de cuidado”	72
<i>Figura 3.</i> Análise de contrastes do subcorpus referente às respostas da temática 1 – o corpo	87
<i>Figura 4.</i> Análise de contrastes do subcorpus referente às respostas da temática 2 – cuidados corporais	93
<i>Figura 5.</i> Mapa conceitual relativo às relações entre as representações sociais do corpo, práticas de cuidados corporais e qualidade de vida.....	98

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. <i>Benefícios da prática de atividades físicas</i>	49
Quadro 2. <i>Descrição do Afeto Positivo e Afeto Negativo</i>	62
Quadro 3. <i>Descrição dos fatores 1 e 2 da escala de bem-estar social, a partir dos conceitos das dimensões da medida de bem-estar social proposta por Keyes (1998)</i>	63
Quadro 4. <i>Distribuição dos resultados das medidas de bem-estar em relação às Classes organizados pela Classificação Hierárquica Descendente</i>	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. <i>Distribuição dos participantes por escolaridade e sexo</i>	65
Tabela 2. <i>Distribuição dos participantes por renda familiar e sexo</i>	65
Tabela 3. <i>Distribuição dos participantes por estado civil e sexo</i>	66
Tabela 4. <i>Distribuição dos participantes por sexo em relação ao mercado de trabalho</i>	66
Tabela 5. <i>Distribuição dos participantes por crença religiosa e sexo</i>	66
Tabela 6. <i>Ranking das atividades físicas referidas pelos participantes do estudo</i>	67
Tabela 7. <i>Ranking das práticas de meditação e terapia corporal referidas pelos participantes do estudo</i>	68
Tabela 8. <i>Tipos de doenças referidas pelos idosos</i>	68
Tabela 9. <i>Opinião dos participantes do sexo feminino e masculino sobre o uso de cosméticos e medicamentos para fins estéticos</i>	69
Tabela 10. <i>Opinião dos participantes do sexo feminino e masculino sobre a realização de cirurgias plásticas para fins estéticos</i>	69
Tabela 11. <i>Médias dos tipos de bem-estar distribuídas segundo o sexo</i>	70
Tabela 12. <i>Distribuição de afeto positivo e negativo por sexo</i>	70
Tabela 13. <i>Distribuição de integração social e aceitação social por sexo</i>	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IRaMuTeQ – *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*

OMS – Organização Mundial da Saúde

RS – Representações Sociais

ST's – Segmentos de Textos

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS – Teoria das Representações Sociais

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	25
2	OBJETIVOS.....	29
2.1	OBJETIVO GERAL	29
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	31
3.1	A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	31
3.2	O CORPO: SUAS REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS	36
3.3	O ENVELHECIMENTO E A VELHICE.....	42
3.3.1	Práticas de cuidado com o corpo na velhice	48
3.3.2	Qualidade de vida e bem-estar na velhice.....	51
3.4	AS RELAÇÕES ENTRE AS REPRESENTAÇÕES E AS PRÁTICAS SOCIAIS	52
4	MÉTODO	57
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	57
4.2	CONTEXTO DA PESQUISA	57
4.3	PARTICIPANTES	57
4.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	58
4.4.1	Entrevista em profundidade.....	58
4.4.2	Escala de bem-estar psicológico e bem-estar social	59
4.4.3	Questionário sociodemográfico.....	60
4.5	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	60
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	61
4.6.1	Procedimentos para a análise dos dados das escalas de bem-estar social e bem-estar psicológico	61
4.6.2	Análise dos dados do <i>corpus</i> da entrevista bitemática	63
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	64
5	RESULTADOS.....	65
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	65
5.2	BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E BEM-ESTAR SOCIAL ..	70

5.3	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CORPO E PRÁTICAS DE CUIDADOS CORPORAIS	71
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	81
6.1	AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CORPO PARA HOMENS E MULHERES IDOSOS	81
6.2	AS PRÁTICAS DE CUIDADOS CORPORAIS DE HOMENS E MULHERES IDOSOS	88
6.3	O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E SOCIAL DOS IDOSOS DO SEXO MASCULINO E FEMININO.....	94
6.4	AS RELAÇÕES ENTRE AS REPRESENTAÇÕES DO CORPO, BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E SOCIAL E AS PRÁTICAS DE CUIDADOS CORPORAIS	97
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS.....	105
	APÊNDICES	117
	APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista.....	118
	APÊNDICE B - Questionário sociodemográfico.....	120
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	122
	APÊNDICE D - Solicitação de autorização institucional para a realização da pesquisa	125
	ANEXOS.....	127
	ANEXO A - Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)	129
	ANEXO B - Social Well-Being Scales	130

1 INTRODUÇÃO

“Mas o que eu vou falar sobre o meu corpo?”. Esta frase foi utilizada por muitos idosos ao serem convidados a participar desta pesquisa. Nosso corpo é a condição carnal que nos dá acesso ao mundo (Blessmann, 2004). É por meio deste objeto, que está no limite entre o individual e o social (Jodelet, 1984/2017a), que experimentamos as sensações do ambiente e as emoções que pululam nosso mundo psíquico. Enfim, somos um corpo. Ao mesmo tempo, falar sobre nosso corpo é falar de nossa intimidade e de assuntos que não somos confrontados diretamente no cotidiano.

Neste trabalho, o corpo é perspectivado a partir das contribuições trazidas pelos estudos da Psicologia Social, mais especificamente da Teoria das Representações Sociais (TRS) (Moscovici, 1961/2006a). Neste sentido, o corpo é compreendido a partir de sua dimensão individual e coletiva (Jodelet, 1984/2017a), uma vez que as representações do corpo são o resultado da interação do corpo com o ambiente sociocultural e pelos códigos e signos a ele associados. A imagem que temos do corpo não é uma construção individual ou inteiramente social, mas o efeito de uma construção simbólica e subjetiva, permeada de representações individuais e coletivas (Andrieu, 2006).

O corpo caracteriza-se por ser um objeto dinâmico. Suas representações foram elaboradas e reelaboradas cotidianamente ao longo da história, gerando as mais diferentes práticas. O tempo revelou formas peculiares de se banhar, de cuidar da estética corporal, das formas de alimentar-se e de como cuidar da saúde física (Proust, 1996). No cenário atual, o corpo é normatizado por meio de padrões estabelecidos pela mídia e pela indústria da beleza, que impõem uma imagem corporal hegemônica, a partir de uma silhueta jovem, magra e forte. Tal imagem, revela um ideal de corpo que se distancia do corpo envelhecido (Blessmann, 2004). Neste contexto, para reduzir os efeitos indesejáveis do envelhecimento, surgem diariamente inúmeras práticas de cuidado corporal mais ou menos invasivas (Berri, Castro & Camargo, 2016).

Apesar do envelhecimento e a velhice suscitarem imagens negativas por parte da população mais jovem, que comumente reduzem a velhice a uma fase marcada por problemas de saúde, dores e outros incômodos, pesquisas tem demonstrado que em geral os idosos possuem uma visão positiva de sua imagem corporal e do envelhecimento, quando comparados aos mais jovens (Jardim, Medeiros & Brito, 2006; Wachelke

et al., 2008). O que parece indicar que com o passar dos anos, as pressões normativas relativas ao corpo perdem o seu efeito.

O panorama demográfico atual demonstra um crescimento da população idosa em todo o mundo. Projeções indicam que em 2050, vinte e um por cento da população mundial terá mais de 60 anos (ILC-Brasil, 2015). No Brasil estima-se que o número de idosos duplicará nos próximos anos (Simões, 2016). O crescimento do número de idosos também é acompanhado de uma maior perspectiva de vida desta população. Tal demanda exige que novos dispositivos políticos e legais sejam criados para o atendimento aos idosos, a exemplo da Lei 10.741/2003, na qual o governo brasileiro instituiu o “Estatuto do Idoso”, com o objetivo de assegurar o direito à uma cidadania digna aos brasileiros com mais de 60 anos.

O aumento da população idosa tem implicado na formação de novas representações e conseqüentemente na mudança das representações sociais sobre o envelhecimento e a velhice (Jesuino, 2012). Ser velho hoje não é mais a mesma experiência de ser velho há vinte anos atrás (Proust, 1996). Na atualidade é comum observar idosos ocupando postos de trabalho e cada vez mais, é possível presenciar idosos que frequentam academias e participam de atividades antes relacionadas ao público jovem. Cada vez menos, aposentadoria significa o retorno do idoso ao aposento. De acordo com Neri (2007), a presença maior dos idosos no meio social diminui as distâncias entre as diferentes gerações, colaborando para a diminuição dos estereótipos em relação à velhice.

Nesse cenário de mudanças, ser velho tem passado de uma condição socialmente desvalorizada (Blessmann, 2004), para a possibilidade experimentar o envelhecimento bem-sucedido (Baltes, 1999). Tal passagem revela que a sociedade se encontra num período de transição em relação aos valores, estereótipos e representações relativas ao envelhecimento. Momento que Neri (2007, p. 13) enuncia como “uma nova sensibilidade social para com a velhice”.

Estudos no campo das representações sociais sobre a temática do envelhecimento vêm sendo realizados desde o final da década de 1990. Podem ser citadas aqui as contribuições de Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo (1999), num estudo que buscou compreender as representações sociais das pessoas sobre a velhice, o idoso e o envelhecimento. Esta publicação foi uma das pioneiras sobre a RS da população idosa, abrindo caminho para outros estudos (Teixeira, Nascimento & Camargo, 2002; Araújo, Coutinho & Carvalho, 2005; Wachelke *et al.*, 2008; Magnabosco-Martins, Camargo & Biasus, 2009; Camargo *et al.*, 2014). Tais pesquisas produziram um rico material para a compreensão dos significados

atribuídos ao envelhecimento, a partir de um cenário sociocultural repleto de mudanças. Sobretudo, destaca-se a possibilidade de apreender os sentidos atribuídos à velhice “[...] com a definição que os velhos dão do seu estado a partir da sua própria experiência vivida. A vivência da idade maior nem sempre está de acordo com a imagem construída pela sociedade” (Jodelet, 2009, p. 85).

Apesar da grande quantidade e da qualidade das pesquisas sobre as representações sociais da velhice e do envelhecimento, ainda são poucos os estudos brasileiros que abordaram a representação social do corpo na perspectiva do idoso. Em um dos poucos estudos encontrados sobre essa temática, Ludgleydson, Amaral e Sá, (2011) investigaram apenas indivíduos do sexo masculino. Já o estudo conduzido por Coutinho, Tomazeti e Acosta (2013) investigou as representações sociais do corpo em idosos de ambos os sexos, no qual foi constatado uma diferença significativa na forma como homens e mulheres representam seus corpos. Nas representações dos homens, há um destaque para importância da manutenção da atividade sexual e produtiva. Fatores como a manutenção da atividade social e mental também são abordados. O público feminino demonstra maior interesse no cuidado com a saúde, dando maior ênfase para aspectos ligados à liberdade, boas relações de grupo, bem-estar etc.

Estudos têm indicado que as representações sociais norteiam as práticas corporais empregadas pelos indivíduos (Secchi, Camargo & Bertoldo, 2009; Camargo, Justo & Jodelet, 2010; Camargo *et al.*, 2011; Berri, Castro & Camargo, 2016). Na relação entre representações e práticas, os homens apresentam maior tendência de representarem o corpo na sua dimensão funcional, temendo aspectos limitadores do envelhecimento. Já as mulheres valorizam mais os aspectos estéticos, sendo mais atraídas para práticas de embelezamento. Camargo, Justo e Jodelet (2010) identificaram que pessoas insatisfeitas com o corpo possuem maior tendência de se preocuparem com o controle do peso. Curiosamente, essa preocupação é maior em pessoas que tem um índice de massa corporal dentro dos padrões estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde e estão insatisfeitas com o próprio corpo. Estes autores afirmam que “a representação do corpo pode ser evidenciada nas práticas que se tem em relação a ele” (Camargo, Justo & Jodelet, 2010, p. 456).

Com o objetivo de estudar o tema da velhice e o envelhecimento no contexto atual, esta pesquisa investigou *as relações entre as representações sociais do corpo, bem-estar psicológico e social e as práticas de cuidados corporais adotadas por idosos*. Por meio da articulação destes três fenômenos, buscou-se compreender de que forma as representações sociais e as práticas se relacionam de maneira concreta

na vida dos idosos, e se esta relação possui alguma associação com o nível de bem-estar social e psicológico.

Esta pesquisa faz parte da linha de pesquisa “Representações sociais do envelhecimento e do corpo”, do Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (LACCOS), da Universidade Federal de Santa Catarina. Os estudos realizados neste laboratório tem enfatizado que as pesquisas sobre o corpo na perspectiva das representações sociais são importantes, pois estas últimas difundem modelos de pensamento e de ação social relacionados a este objeto. Considerando o aumento da longevidade da população brasileira, este estudo pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções no campo das políticas públicas associadas à saúde do idoso, com enfoque nos cuidados corporais e psicossociais desta população e na promoção do envelhecimento bem-sucedido (Baltes, 1995).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as relações entre as representações sociais do corpo, bem-estar psicológico e social e práticas de cuidado corporal adotadas por idosos do sexo masculino e feminino.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a representação social do corpo para os participantes do sexo masculino e feminino;
- Identificar as principais práticas de cuidados corporais adotadas pelos participantes do sexo masculino e feminino;
- Medir o nível de bem-estar psicológico e bem-estar social dos participantes do sexo masculino e feminino;
- Identificar as relações entre as representações sociais do corpo, bem-estar psicológico e bem-estar social e as práticas de cuidado corporal adotadas pelos participantes do sexo masculino e feminino.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais teve origem na obra “*La Psycanalyse son image et son public*”, publicada na França em 1961 por Serge Moscovici (1925-2014). Nesta obra, Moscovici demonstrou como ocorreu o processo de apropriação da teoria psicanalítica pela população parisiense, indicando como diferentes grupos sociais assimilavam os conceitos da teoria criada por Sigmund Freud, a partir de informações, atitudes e crenças (Sá, 2015). O interesse de Moscovici (1961/2012a) era o de descobrir como um saber científico é apropriado, transformado e utilizado pelo homem comum, formando assim “teorias leigas”. Estas teorias seriam o resultado do deslocamento realizado pelo senso comum, dos conceitos originais de uma teoria científica, com o objetivo prático de explicar aspectos relacionados à vida cotidiana. Tal fenômeno foi então denominado de representações sociais (Vala, 2006).

A origem do termo “representações sociais” está associada à obra do sociólogo Émile Durkheim (1858-1917), que elaborou o conceito de “representações coletivas”, com o propósito de explicar o funcionamento da vida social nas “sociedades primitivas”. As representações coletivas são produções sociais que impõem aos indivíduos formas coletivas de pensar e agir (Vala, 2006). Para Moscovici (2001), as representações coletivas possuem um caráter homogêneo, com a função de preservar o vínculo dos indivíduos, garantindo a coesão grupal. Qualificadas por seu caráter estático, as representações coletivas serviram para esclarecer fenômenos sociais ocorridos em sociedades primitivas, onde ideias e crenças mantinham-se vivas durante muitas gerações.

Moscovici (2012b), no entanto, estava interessado em investigar as representações sociais típicas das sociedades contemporâneas. Marcadas pela sua dinamicidade e heterogeneidade e pela constante metamorfose, estas representações podem ser denominadas como um novo tipo de senso comum. Conforme destacado por Wagner (1998), o fenômeno das representações sociais só pode ser verificado a partir das sociedades modernas industrializadas, onde negociação de crenças sobre a realidade passa a ser possível, o que não poderia ocorrer em grupos étnicos muito ortodoxos, por exemplo. Fortemente influenciado pela valorização e divulgação do conhecimento científico, o homem contemporâneo assume a imagem de um “cientista amador” (Moscovici, 1961/2012a). Por carregar um status de verdade, o conhecimento científico tornou-se em

nossa sociedade um certo substituto de Deus e da religião: um conhecimento capaz de gerar explicações sobre a origem do mundo e da vida, de curar doenças, prever eventos, etc. O conhecimento científico torna-se, neste contexto, o saber mais importante para a formação do senso comum. Nem todos os homens são cientistas. Porém, diariamente, formulam explicações sobre os mais diversos assuntos e práticas sociais, reformulando e recriando a realidade de forma ativa a partir de elementos dos discursos científicos que circulam na sociedade.

Ao falar sobre o tempo presente, Bauman (2011) evoca uma imagem que auxilia na compreensão do ser humano contemporâneo: o homem atual é um ser que patina sobre uma fina camada de gelo. O que nos salva é a velocidade. Nada é fixo. A cada dia novas situações se impõem e velhas crenças são substituídas por outras. Mesmo neste cenário de mudanças, o ser humano precisa dar sentido a sua vida e a coisas que o circundam. Simultaneamente necessita criar uma linguagem possível de ser compartilhada com outras pessoas e que oriente suas ações. Afirmar que o comportamento humano é o resultado de condições impostas pela materialidade, tal como pretenderam os filósofos materialistas e os sociólogos marxistas é negar ao homem sua capacidade de produzir cultura (Abric, 2001b). É neste plano de imanência – de uma sociedade de mudanças – que as teorizações sobre as representações sociais surgem, com o objetivo de estudar “seres humanos que pensam”. Pensam de forma ativa, ao mesmo tempo que são influenciados pela dimensão social, no esforço de transformar o mundo em um ambiente familiar.

O conceito de representação social pode ser definido a partir das palavras de Moscovici (1981, p. 181):

Por representações sociais, nós queremos dizer um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no decurso de comunicações. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crença nas sociedades tradicionais; elas podem até mesmo serem vistas como uma versão contemporânea do senso comum.

Denise Jodelet, notadamente a maior divulgadora da obra de Moscovici, caracteriza as representações sociais como “[...] uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (Jodelet, 2001, p. 22). Camargo (2015), ao descrever a Teoria das Representações Sociais, salienta sua capacidade de integrar os

sistemas de comunicação social “[...] permitindo não só identificar o conteúdo do pensamento cotidiano dos leigos sobre objetos importantes para suas vidas, mas também compreender os processos de construção deste tipo de saber e seu papel sobre as atividades e situações que os envolvem” (Camargo, 2015, p. 241).

Ao propor o termo representação, a partir palavra francesa *représentation*, Moscovici buscou um termo que indicasse o sentido de uma “reapresentação, uma criação sobre uma coisa já criada, uma construção”. Camargo (2018) explicou que a tradução de representação para o termo em inglês *representation*, que se traduz por uma ideia de “cópia, reprodução, cópia do real”, fez com que o conceito de representação social fosse alvo de interpretações equivocadas. Na obra de Moscovici é possível verificar que as representações sociais são entendidas como criações simbólicas originadas nos grupos sociais, como forma de significar a realidade. Se as representações fossem apenas cópias mentais da realidade, não seriam passíveis de modificação, o que lhes destituiria, enquanto um fenômeno, seu caráter dinâmico.

Dado o seu valor heurístico, mesmo após mais de meio século de história, a Teoria das Representações Sociais, criada por Moscovici (1961/2012a) passou a ser utilizada por diversos pesquisadores ao redor do mundo. Assim, surgiram novas abordagens que ampliaram os domínios da teoria. De acordo com Jesuíno (2014), a arquitetura básica da teoria, definida por Moscovici, também denominada como “abordagem dimensional” (Justo, 2012), descreve como as representações sociais são construídas a partir da análise de três dimensões: informação, campo de representação e atitude. A informação tem relação com os conhecimentos que um grupo possui a respeito de um objeto. A segunda dimensão, denominada de campo de representação, remete a uma ideia ou imagem do objeto, compartilhada pelo grupo. Por fim, a atitude indica se a posição de um grupo será favorável ou desfavorável ao objeto (Moscovici, 1961/2012a).

A partir da proposta moscovicianiana, surgiram outras abordagens que contribuem e auxiliam na expansão do domínio das representações sociais (Sá, 1998; Jodelet, 2001). A abordagem dinâmica estuda a construção das representações por meio de dois processos: objetificação e ancoragem, buscando explicar como a formação de um saber prático interfere na vida cotidiana das pessoas. Jodelet (2001) explica que as representações sociais guiam o modo como as pessoas nomeiam os diferentes aspectos da realidade, logo influenciam a forma de interpretar a realidade e se comportar.

Outras duas abordagens de destaque na teoria das representações sociais são a abordagem estrutural e a abordagem societal. A primeira foi desenvolvida pela equipe de Aix-en-Provence, e tem em Jean-Claude Abric seu representante mais conhecido. Basicamente, estuda a estrutura das representações sociais por meio da investigação de um núcleo central e dos seus elementos periféricos (Abric, 2003). A abordagem societal, liderada por Willem Doise, articula a teoria das representações sociais com uma perspectiva mais sociológica (Sá, 1998). Neste projeto, será adotada a perspectiva teórica “dimensional-dinâmica” como chave interpretativa dos fenômenos a serem investigados.

Moscovici (1981, p. 188) afirmava que “cada representação tende a tornar uma coisa desconhecida, ou não familiar em geral, em algo familiar”. As representações sociais constituem uma forma de conhecimento e construção da realidade. Realidade que nas sociedades contemporâneas é apreendida a partir de dois universos de pensamento: os universos consensuais e os universos reificados (Sá, 2015). O universo reificado é representado em nossa sociedade pelo pensamento científico. Neste, o pensamento é controlado de forma metódica. Não há espaço para a espontaneidade. Existe neste universo uma hierarquia, onde a autoridade das pessoas baseia-se no seu nível de especialização e perícia. O que alimenta o conhecimento reificado é a dúvida e possibilidade de refutar, atualizar e superar o conhecimento atual. De modo distinto, no universo consensual não existem traços hierárquicos. Todas as pessoas estão num mesmo nível. Não existem especialistas. A dúvida não é tolerada. Por isso, no universo consensual, parte-se sempre da certeza. O objetivo é eliminar qualquer tensão que possa ser introduzida no grupo pela dúvida. É no universo consensual que as representações sociais são formadas (Moscovici, 1981; Sá, 1998).

Seguindo os pressupostos de Moscovici (1981), Jodelet (2001) explica que as representações sociais são criadas diante da necessidade de as pessoas manterem-se informadas e ao mesmo tempo saberem se comportar de acordo com as demandas impostas pelo mundo a sua volta. Em outras palavras, as representações sociais são criadas para tornar o mundo num ambiente familiar. Qualquer fenômeno “não-familiar” que possa pôr em risco a estabilidade de um grupo, deve ser incorporado a uma explicação compatível com aos seus valores, normas e conhecimentos. Dois processos são importantes para a dinâmica de transformação do não-familiar em familiar: objetificação e ancoragem (Moscovici, 1981, 1961/2012a).

A ancoragem pode ser definida como uma assimilação de um novo objeto por outros objetos já presentes no sistema cognitivo (Vala, 2006).

Num dos exemplos apresentados por Moscovici (1961/2012a), é possível identificar o processo de ancoragem no modo como os franceses relacionavam a terapia psicanalítica com a prática da confissão. A assimilação de um novo objeto não-familiar, era realizada por meio da comparação com um objeto familiar, presente na memória do grupo. Isto ocorre porque quando um indivíduo pensa em um objeto ele não é uma tábua rasa. Possui valores, crenças e esquemas de pensamento que são anteriores ao novo objeto pensado e conseqüentemente influenciam na assimilação do novo (Vala, 2006). É por isso que diferentes grupos tenderão a descrever objetos e situações de forma distinta, a partir dos seus quadros de referência, que são influenciados pela sua história, sentimentos, costumes, valores, conhecimentos, etc., garantido dessa forma a sua identidade coletiva (Moscovici, 1961/2012a).

No processo de ancoragem ocorre a classificação e a nomeação de um objeto. Para Moscovici (1981, p. 193), “ao categorizar o não categorizável ou nomear o não nomeável, nós já estamos representando”. Na classificação, algo não-familiar é ordenado e qualificado. A classificação do objeto não é uma operação meramente intelectual. É uma atividade que expressa “uma atitude em relação a uma pessoa ou uma coisa e o desejo de vê-la como normal ou desviante” (Moscovici, 1981, p. 196). A nomeação decorre da impossibilidade de classificar sem nomear. Ao dar um nome a algo desconhecido, uma imagem e uma identidade é estabelecida. Nomear produz três efeitos: a) o nome permite a descrição do objeto; b) permite que o objeto seja distinguido de outros; e c) permite que um objeto seja inserido numa convenção partilhada por um grupo. Em síntese, o processo de nomeação faz com que o era ignorado passe a ser reconhecido (Moscovici, 1981).

A objetificação é a operação na qual se atribuiu um aspecto icônico a uma ideia, uma vez que as palavras precisam significar alguma coisa (Moscovici, 1981). Sendo que o ícone “é um tipo de signo no qual o elemento significante evoca imediatamente o significado, isso graças a uma grande semelhança entre eles, como se o significante fosse uma fotografia do significado” (Dalgarrondo, 2008, p.24). Neste sentido, o processo de objetificação confere inicialmente uma imagem a uma ideia, tornando-a em algo tangível. Posteriormente, a diferença entre imagem e ideia é eliminada, formando uma realidade consensual. As imagens utilizadas no processo de objetificação são selecionadas pelo grupo. Não se trata de um processo de escolha aleatória. A imagem selecionada deve possuir a capacidade de eliminar qualquer oposição entre a representação e a coisa. De modo que a representação possa substituir o próprio objeto.

Vala (2006) esclarece que o processo de objetificação pode ser dividido em três momentos: a) construção seletiva, b) esquematização e c) naturalização. A construção seletiva ocorre num primeiro momento, onde informações, crenças e ideias sobre o objeto da representação sofrem um processo de seleção e descontextualização. Neste processo, alguns elementos contrários aos valores compartilhados pelo grupo são esquecidos em detrimento de outros que lhe sejam consensuais. Na esquematização ocorre a formação de um núcleo figurativo, que busca criar um esquema padrão, onde os elementos da representação são estruturados. Por último, a naturalização consiste no movimento em que os conceitos retidos no núcleo figurativo adquirem materialidade, tornando-se categorias naturais. De acordo com Vala (2006, p. 467), “não só o abstrato se torna concreto através da sua expressão em imagens e metáforas, como o que era percepção se torna realidade, tornando equivalentes a realidade e os conceitos”.

A exposição dos processos de objetivação e ancoragem de forma separada, se justifica apenas como um recurso didático. Esses processos estão intrinsicamente ligados, e não agem de forma sequencial (Vala, 2006). Juntos enfatizam o caráter sociocognitivo das representações sociais. Uma forma de saber que surge a partir do “enfrentamento da diversidade e mobilidade de um mundo, que embora pertença a todos, transcende a cada um individualmente” (Jovchelovitch, 2009, p. 81).

O meio social pode ser considerado como um espaço de grande circulação de ideias e definições sobre os mais variados aspectos constituintes da realidade. Vala (2006) considera, desta forma, que o meio social é também um meio teórico. Em relação ao tema desta dissertação, pode-se dizer que a maioria das pessoas possui algum tipo de imagem, valor, ideia sobre o que é o corpo do idoso. Dependendo da idade, das interações sociais, os indivíduos podem possuir várias teorias que expliquem o processo do envelhecimento ou ainda receitas sobre como retardar seus efeitos. Algumas podem ser mais ou menos elaboradas do que as outras; porém, todas são formadas numa trama de conceitos, imagens e ideias socialmente compartilhadas.

3.2 O CORPO: SUAS REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS

A partir de teorias leigas, construídas na interação social entre diferentes indivíduos e grupos, esta pesquisa buscou compreender o corpo na perspectiva das teorias das representações sociais. Andrieu (2006) define o corpo humano como o resultado de representações individuais e coletivas; constituindo-se como uma construção simbólica, atravessado

pela cultura e seus símbolos. Ao longo da história humana, o corpo pode ser percebido como um importante elemento de manutenção dos valores e das identidades culturais dos grupos humanos. O corpo, esculpido a partir dos valores, atitudes e normas compartilhadas por um grupo é um importante objeto de estudo da Teoria das Representações Sociais, que busca compreendê-lo para além de uma dimensão individual ou psicológica (Camargo, Justo & Jodelet, 2010). Essa teoria permite compreender e interpretar como se constrói pensamento social a respeito do corpo.

Ao se fazer uma breve pesquisa histórica, pode-se verificar que a noção de corpo é o resultado de diferentes sistemas de pensamento, relativizados por diferentes arranjos e práticas sociais. Conforme indicam Barbosa, Matos e Costa (2011, p. 24), “cada sociedade, cada cultura age sobre o corpo determinando-o, constrói as particularidades do seu corpo, enfatizando determinados atributos em detrimento de outros, cria os seus próprios padrões”. As normas e os padrões compartilhados em diferentes épocas e culturas se materializam nas práticas destinadas ao corpo. Os hábitos de higiene, as dietas e as práticas de atividades físicas são influenciados pelos valores e significados socialmente compartilhados. De acordo com Mauss (2003), mesmo os gestos corporais mais simples, como o jeito de caminhar, correr, lavar-se ou ensaboar-se são hábitos adquiridos culturalmente, os quais este autor denominou como “técnicas do corpo”.

No Período Clássico, na *pólis* grega, os valores culturais vigentes exaltavam a imagem do corpo simetricamente perfeito. Assim, o homem livre exercitava-se para alcançar uma forma física perfeita. Seu corpo era objeto de admiração. Esculpido nos ginásios, simbolizava a glória do Estado. No entanto, diferente dos valores contemporâneos, onde o culto ao corpo é dedicado amplamente às questões estéticas, os gregos buscavam um ideal de corpo que transmitisse aos seus concidadãos o domínio próprio e o autocontrole, virtudes admiradas na época (Svendsen, 2010).

Em oposição ao pensamento corrente na antiguidade clássica, durante o período medieval, em que a Europa esteve sob domínio das ideias cristãs, o corpo era considerado uma prisão da alma (Barbosa, Matos & Costa, 2011). Acreditava-se que no corpo habitavam desejos impuros. O corpo precisava ser respeitado, porém dedicar-lhe atenção em excesso poderia ser considerado pecado (Proust, 1992). Na França do século XVI, a preocupação em cuidar do corpo envolvia sangrias ou purificações por meio da provocação de vômitos. Tais práticas estavam relacionadas a uma ideia de necessidade de purificação interior (Corbine,

Courtine & Vigarelo, 2012). Neste período a falta de higiene corporal também era alimentada por crenças de que a água amolecia o corpo, e que a sujeira era um sinal de saúde. Em algumas regiões da Europa, lavavam-se as mãos, o rosto e partes do corpo que ficavam à mostra, mas raramente o corpo inteiro (Proust, 1992). Costumes muito diferentes de um cidadão romano do século I, cujo os banhos diários eram realizados de forma coletiva em um ritual que durava cerca de duas horas (Ashenburg, 2008).

Já na Idade Contemporânea, desde o século XIX e com mais intensidade no século XX, a relação do homem com o seu corpo passou a ser mediada por um ideal de corpo proposto pela mídia. Surge primeiramente a imagem de um corpo magro, esbelto e mais recentemente a proposta de um corpo malhado, tonificado, modificado por meio de exercícios físicos, medicamentos, dietas e cirurgias. As imagens propostas pela explosão publicitária fizeram com que um grande conjunto da população adotasse práticas de cuidados físicos sugeridas por médicos e outros profissionais que cuidam do corpo, como nutricionistas, esteticistas e educadores físicos.

Com as fotos sugestivas das revistas que servem de suporte específico a essas propagandas, e com o esforço do cinema e principalmente da televisão, os profissionais especializados nos cuidados do corpo impuseram suas imagens. E, com essas imagens, práticas novas:

vender um xampu ou uma pasta de dentes é, em primeiro lugar, impor ao público, com a imagem da cabeleira ou do sorriso de uma estrela de cinema, a ideia de que é preciso lavar os cabelos ou os dentes, e não há como ampliar as vendas de bronzeadores enquanto a pele bronzada na volta das férias não se tornar um imperativo social. **Assim, os comerciantes contribuíram mais do que os higienistas para difundir os novos hábitos do corpo** (Proust, 1992, p. 98, grifo nosso).

Estes exemplos históricos parecem demonstrar que em cada época, e em determinadas culturas, surgem imagens que impõem um modelo de corpo ideal. Alguns ideais tornam-se mais dominantes do que outros. Porém, para que se tornem modelos, estes corpos precisam ser exibidos, investidos de algum traço que indique valores compartilhados e situados no tempo histórico. Na atualidade, numa sociedade marcada pelo consumismo, a internet e os meios de comunicação de massa propagam, por meio de anúncios dos mais variados produtos, imagens de corpos perfeitos numa velocidade e intensidade sem precedentes. Por sua vez, a publicidade aumenta o desejo dos espectadores de possuírem corpos

semelhantes àqueles repetidamente sugeridos (Marcuzzo, Pich, & Dittrich, 2012). Como consequência deste culto ao corpo perfeito, surgem novos tipos de transtornos psíquicos. Neste contexto, a vigorexia surge como o transtorno que melhor expressa os efeitos colaterais decorrentes dos constantes apelos midiáticos da posse de um corpo perfeito (Camargo *et al.* 2008).

O corpo é o aparato físico sobre o qual nossa subjetividade é construída. Com suas expressões, movimentos e aparência ocupa um lugar importante na interação social. Ele é um mediador do conhecimento de si e dos outros, do nosso vínculo com os outros (Jodelet, 2000). Inscrito no espaço social, está sujeito a normas estéticas e padrões comportamentais. A partir das normas, as pessoas comparam seus corpos com os corpos dos outros, seguindo critérios coletivamente definidos de tamanho, beleza, saúde, etc. O julgamento social estabelece um papel de auditoria, regulando as relações do indivíduo com a sua dimensão física. Em síntese, o corpo mesmo na sua dimensão individual sofre os efeitos da influência social (Jodelet, 2000). Wagner (1998) destaca que o corpo é um objeto cultural que reflete a integração da experiência pessoal e subjetiva e das relações sociais. No corpo, registramos ao mesmo tempo experiências de cunho individual como sentimentos, dores, prazer e os atravessamentos da coletividade, por meio das normas sociais, exigências culturais, etc.

No campo das representações sociais, dois estudos sobre o corpo realizados na França, nas décadas de 1960 e 1970, por Denise Jodelet, sublinharam de maneira indelével as contribuições que a Teoria das Representações Sociais pode oferecer para a compreensão do corpo, enquanto um objeto situado no campo privado e social (Jodelet, 1982/2017b). A primeira pesquisa foi realizada de forma diacrônica, por meio de dois conjuntos de entrevistas em profundidade realizadas nos anos de 1960 a 1963 e, posteriormente, em 1975 e 1976. O objetivo deste estudo foi comparar as modificações ocorridas nas experiências relativas ao corpo, considerando as mudanças ocorridas na sociedade parisiense neste período. O segundo estudo foi realizado por meio de uma pesquisa quantitativa, cujo questionário empregava oitenta questões abertas e fechadas, com a intenção de identificar mudanças ocorridas na cultura, nas comunicações e em questões relativas à experiência do próprio corpo (Jodelet, 1984/2017a).

De modo sintético, as pesquisas realizadas por Jodelet (1984/2017a, 1982/2017b) demonstraram que as representações do corpo refletem as transformações culturais, comportamentais e comunicacionais ocorridas na sociedade. A pesquisadora observou que no prazo de quinze

anos, mudanças importantes ocorreram na relação das pessoas com os seus corpos. Ao comparar os dados do primeiro e do segundo estudo, a autora percebeu que os participantes do segundo estudo demonstraram maior liberdade para expressar-se sobre seus corpos, com menos tabus. As pessoas da segunda amostra falavam de um modo mais aberto e franco sobre o tema. A maioria dos entrevistados jamais havia conversado sobre o corpo com os pais (60%). No entanto, 96% declararam conversar – ou demonstravam interesse – sobre o assunto com os seus filhos. Foi possível perceber que as mudanças ocorridas no espaço de quinze anos modificaram a experiência individual e social do corpo para os homens e mulheres. Observou-se nas duas amostras, maior estabilidade dos discursos femininos sobre o corpo. Em contrapartida, mudanças substanciais foram identificadas nos discursos dos homens da primeira e segunda amostra. No primeiro estudo, os homens referiam-se ao corpo de modo impessoal e abstrato. Na segunda amostra, os homens abordaram o corpo de modo mais aberto, demonstrando maior liberdade para falar sobre o assunto.

Conforme já citado, nos tempos atuais, a mídia assume um papel importante na disseminação de informações e padrões relativos ao corpo (Castro *et al.*, 2016). Não raro, é possível verificar nos canais de televisão, na internet e demais mídias, programas e matérias que abordam o corpo como tema de destaque. Seja para falar sobre saúde ou de estética, especialistas de várias áreas orientam a população de espectadores sobre como cuidar do corpo. Médicos, fisioterapeutas, educadores físicos, nutricionistas, psicoterapeutas entre outros especialistas apresentam suas técnicas e produtos, prometendo a garantia do alcance de resultados satisfatórios.

Goetz, *et al.* (2008), em pesquisa realizada sobre a representação do corpo na mídia impressa, analisaram artigos publicados em revistas de circulação nacional e verificaram que os conteúdos veiculados nessas revistas representam o corpo a partir de duas temáticas: a) o corpo enquanto iminentemente físico e b) o corpo como uma unidade físico-psíquica. Concluíram que, apesar de alguns artigos priorizarem informações que contribuam para um estilo de vida saudável, fica bastante explícito o caráter normativo de representações associadas ao corpo que enfatizam padrões de beleza, de um corpo magro, jovem e bem definido. Para Goetz, *et al.* (2008), a difusão deste tipo de informação pode contribuir para o surgimento de problemas associados à imagem corporal, logo, neste contexto, propõem que o papel da mídia deve ser revisto e questionado.

Em uma pesquisa sobre a percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo, realizada com um grupo de 278 estudantes universitárias do sexo feminino, Secchi, Camargo e Bertoldo (2009) constataram representações sociais em três contextos: a) importância da aparência física e da expressão do corpo nas relações sociais; b) beleza e saúde corporal ligadas à magreza e à prática de exercícios físicos; e c) aparência enquanto indicadora de potencialidades nos campos pessoal e profissional. As pressões normativas, que valorizam o corpo segundo os padrões sociais de beleza e magreza são indicadas neste estudo, a partir da constatação de que mesmo com um corpo normal (com IMC de acordo com as indicações da OMS), algumas mulheres sentiam-se insatisfeitas com sua aparência. Em alguns casos, a insatisfação com o corpo faz com que as mulheres busquem tratamentos invasivos, como dietas restritivas e cirurgias plásticas, por exemplo.

Ao investigar a relação entre normas, representações sociais e práticas corporais Camargo, Justo e Jodelet (2010) identificaram que na população estudada, as mulheres eram mais insatisfeitas do que os homens em relação a sua imagem corporal. Na pesquisa 41% das mulheres se consideravam acima do peso, sendo que apenas 15% estava acima do IMC. O que corrobora com a pesquisa realizada por Secchi, Camargo e Bertoldo (2009). Estes estudos indicam que o público feminino parece ser mais submisso às normas sociais, o que pode justificar uma maior adesão das mulheres às práticas de dietas e cirurgias plásticas. Estes dados evidenciam que as representações sociais do corpo entre as mulheres, caracterizadas pela insatisfação com a imagem corporal, são guias relevantes para a práticas de cuidados corporais. Consequentemente, evidencia a relação entre as normas estéticas com as representações sociais e práticas de cuidado corporal.

O corpo do idoso é um corpo que, ao atravessar por diferentes situações ao longo da vida, conta uma história e a inscreve na sua própria imagem (Lopes, 2007). Para Blessmann (2004, p. 22), “no contexto sociocultural os fatores biológicos ou cronológicos não são critérios para a compreensão da velhice, mas sim o seu significado, a sua simbologia, ou o que ela representa em diferentes épocas”. Neste cenário, as pesquisas sobre as representações sociais do corpo dos idosos podem auxiliar na compressão de como as pessoas mais velhas experimentam seus corpos e interagem com o meio social, a partir de suas próprias experiências.

Observa-se atualmente uma lacuna de pesquisas com enfoque direto sobre as representações sociais do corpo a partir da população idosa no contexto brasileiro. Em um dos poucos estudos encontrados sobre essa temática, Ludgleydson, Amaral e Sá (2011) desenvolveram uma pesquisa

com idosos do sexo masculino e identificaram que estes representam o seu corpo a partir do ponto de vista biológico. São atribuídos ao corpo significados relacionados à diminuição de atividade e agilidade. Os idosos do sexo masculino consideram a envelhecimento do corpo como um evento natural, não se preocupando com aspectos relacionados à aparência física. Porém, consideram importantes fatores relativos à perda da saúde e ao surgimento de doenças, bem como a maior vulnerabilidade orgânica na velhice. Esse conjunto de elementos identificados no estudo aponta para uma representação social negativa do corpo envelhecido.

Em estudo realizado por Coutinho, Tomazeti e Acosta (2013), que investigou as representações sociais do corpo em pessoas do sexo masculino e feminino, constatou-se uma diferença significativa na forma como homens e mulheres representam seus corpos. Nas representações do público masculino, há um destaque para importância da manutenção da atividade sexual e produtiva. Fatores como a manutenção da atividade social e mental também são abordados. O público feminino demonstra maior interesse no cuidado com a saúde, dando maior ênfase para aspectos ligados à liberdade, boas relações de grupo, bem-estar etc. A vivência positiva do próprio corpo e a importância concedida ao bom convívio social foram fatores comuns a ambos os sexos.

O estudo sobre as representações sociais do corpo permite compreender como o pensamento social acerca deste objeto é construído e como as funções/repercussões destas representações na vida cotidiana das pessoas. Desse modo, entende-se que as imagens, atitudes e saberes sobre o corpo, que circulam em meio aos grupos sociais, derivam de construções simbólicas complexas. Por sua vez, neste trabalho, as práticas de cuidado corporal são compreendidas como comportamentos sociais, inseridos em contextos socioculturais específicos, que sofrem influência das trocas simbólicas que ocorrem no contexto das relações sociais, podendo ser entendidas como comportamentos simbólicos (Camargo, 2005) ou ainda como comportamentos representacionais (Vala, 2006). Ao mesmo tempo que são influenciadas pelas representações sociais, tais práticas também podem determinar ou explicar os conteúdos das representações sociais sobre o corpo (Abric, 2001b).

3.3 O ENVELHECIMENTO E A VELHICE

Constituído por mudanças fisiológicas, sociais e psicológicas complexas, o envelhecimento é um fenômeno crescente em todo o mundo (Fontaine, 2010). No nível biológico está associado à diminuição das reservas físicas, o que implica no aumento do risco do aparecimento de

doenças e o declínio geral das capacidades do indivíduo. Tais mudanças não estão relacionadas apenas à idade dos indivíduos. O envelhecimento também é o resultado de mudanças influenciadas por fatores ambientais e comportamentais. Além das perdas biológicas, o envelhecimento inclui transformações dos papéis e posições sociais (WHO, 2015). Isso explica porque idosos de uma mesma idade podem gozar de uma saúde boa ou ruim.

Os dados demográficos publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] tem demonstrado um crescimento importante da população idosa. Projeções realizadas, indicam que nos próximos anos, o número de pessoas idosas duplicará em termos absolutos. No ano 2000 o Brasil já tinha uma população 14,2 milhões de idosos. Considerando o cenário atual, em 2020 o número de pessoas com mais de 60 anos deverá ser de 29,3 milhões (Simões, 2016). O crescimento da população idosa tem implicado na criação de novos dispositivos legais e de políticas públicas para o atendimento deste público. Um exemplo disto foi a promulgação da Lei nº 10.741, de 1.º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso.

De acordo com Fontaine (2010), as causas do envelhecimento populacional global são múltiplas. São marcantes os progressos realizados na área médica e a melhoria das condições de vida, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial. Como consequência houve em todo o mundo uma queda acentuada das taxas de mortalidade infantil, acompanhada de um aumento da longevidade. Segundo este autor, no século XVIII a expectativa de vida no mundo era de 30 anos, aumentando para 66 anos em 1956.

Apesar de serem comumente consideradas como sinônimos, velhice e envelhecimento possuem significados distintos. A velhice é uma fase da vida, determinada por meio de consensos, considerada como um construto cultural (Papalia, Olds, & Feldman, 2006). Para Organização Mundial da Saúde, a velhice tem início aos 65 anos para a população residente em países desenvolvidos e 60 anos para as populações dos países em desenvolvimento (Neri & Freire, p. 2000). No Brasil, o Estatuto do Idoso utiliza o parâmetro estabelecido para os países em desenvolvimento, considerando início da velhice aos 60 anos. Apesar de ser uma categorização arbitrária, para fins de operação metodológica, esta pesquisa seguirá o critério de velhice relativo à idade, conforme adotado na legislação brasileira.

Não existe consenso quanto ao critério do início da velhice. Papalia, Olds e Feldman (2006) descrevem que especialistas na área do envelhecimento classificam os idosos a partir de três grupo: a) idosos

jovens, composto por pessoas de 65 a 74 anos, que costumam ser mais ativas; b) idosos velhos, de 75 a 84 anos; e c) idosos mais velhos, a partir dos 85 anos, composto por pessoas com mais dificuldades de realizar suas atividades de modo autônomo. A classificação baseada na divisão de grupos etários é alvo de críticas, visto que estão baseadas apenas em fatores biológicos. Um critério utilizado atualmente é o de idade funcional. Este, baseia-se na capacidade do indivíduo se relacionar bem com o ambiente físico social, em comparação com outras pessoas da mesma idade.

Neri (1995) considera que a idade cronológica é apenas um indicador do tempo de vida, e não pode ser considerada uma variável independente do desenvolvimento. Por isso, a autora argumenta que desenvolvimento e envelhecimento são fenômeno simultâneos, relativos a mudanças nos padrões comportamentais. Envelhecer pode ser compreendido como um processo de desenvolvimento que se estende ao longo de toda a vida e que envolve ganhos e perdas. Durante o processo de envelhecimento, as perdas podem ser compensadas por novas estratégias comportamentais ou aquisição de novas habilidades.

Jodelet (2009) considera a velhice como um “objeto polissêmico”, que se altera a partir da relação entre diferentes atores e situações. A autora demonstra que contemporaneamente a noção de velhice tem sido construída a partir dos campos social, médico e midiático. Dentre os critérios usados para atribuir sentido à velhice, Jodelet (2009) destaca: o cronológico, institucional, biológico, midiático e experiencial. O critério biológico se refere ao número de anos vividos do nascimento à morte e se aproxima da classificação corrente adotada pela Organização Mundial da Saúde. O critério institucional é determinado pela saída do indivíduo do sistema produtivo e sua entrada na aposentadoria, passando da categoria de ativo para inativo. O critério biológico indica uma etapa de perda das potencialidades físicas, aparecimento de doenças, etc. Dissocia a velhice da idade cronológica para estipular um critério baseado num estado físico deficiente. Em oposição, o critério midiático está implicado no apagamento dos sinais do tempo e na manutenção da aparência juvenil, denunciando o preconceito existente na imagem do corpo envelhecido. O quinto e último critério, é considerado uma evolução em relação às concepções de velhice citadas anteriormente. Esta definição surge da expressão da experiência dos próprios idosos, de como eles representam socialmente a própria velhice.

A definição e a escolha de critérios sobre o início da velhice geram várias imagens sobre o envelhecimento (Jodelet, 2009). A velhice costuma ser percebida socialmente como uma fase da vida marcada por

estereótipos negativos e pela cristalização ou naturalização de preconceitos sobre as pessoas mais velhas (Neri, 2007). Geralmente essas pessoas são identificadas como mais frágeis, doentes, rabugentas ou excêntricas (Schneider & Irigaray, 2008). O preconceito com a velhice pode ser identificado no modo como as pessoas nomeiam esta fase da vida. Rotulações como melhor idade ou idade da maturidade, ao invés de refletir uma posição autêntica em relação aos mais velhos, costuma escamotear preconceitos ou medos do envelhecimento (Neri & Freire, 2000).

Para além da velhice, que se caracteriza como uma fase associada à última etapa da vida humana, o envelhecimento pode ser definido por um conjunto de processos dinâmicos de degradação gradual e diferencial. Por se tratar de um fenômeno variável para cada organismo, é impossível delimitar seu começo (Fontaine, 2010). Papalia, Olds e Feldman (2006) consideram que muitos problemas associados à velhice não são decorrentes do envelhecimento, mas de fatores resultantes do estilo de vida ou de doenças. Essas autoras classificam o envelhecimento em duas etapas: envelhecimento primário e envelhecimento secundário. O envelhecimento primário é comum a todos os seres humanos, um processo gradual, contínuo e inevitável de deterioração corporal. O envelhecimento secundário decorre de fatores comportamentais que podem ser evitados, como o abuso de drogas, sedentarismo, má alimentação, etc.

Até a década de 1950, havia poucos estudos sobre o envelhecimento. A psicologia do desenvolvimento ainda era uma subárea da psicologia infantil. O envelhecimento era percebido apenas como uma fase de declínio das potencialidades dos indivíduos. A partir dos anos 1970 surgiu um campo de estudos na área da Psicologia do Desenvolvimento, denominado de Psicologia do Curso da Vida ou *life span* (Baltes, 1995). A perspectiva *life span* considera que o desenvolvimento não está concluído na fase adulta e reconhece o contexto histórico cultural como fator determinante do envelhecimento (Neri, 1995). Desenvolvimento e envelhecimento são fenômenos coexistentes durante toda a vida. Mesmo na velhice é possível desenvolver potencialidades ainda não exploradas (Baltes, 1999; Neri, 1995).

A perspectiva *life span* (Baltes, 1995) pode ser considerada como uma quebra de paradigmas em relação ao estudo do envelhecimento. Sua proposta, associada à ideia do envelhecimento ativo (Brasil, 2006), permite uma compreensão inovadora sobre como as pessoas podem desfrutar da velhice com qualidade de vida. O Dicionário Oxford define o envelhecimento ativo como um construto que surgiu entre outros

semanticamente semelhantes, como é caso do envelhecimento bem-sucedido. A novidade proposta por este construto está na integração entre a promoção do potencial positivo do envelhecimento enquanto uma questão individual e política: nesse sentido, destina-se a elaborar um “modelo de envelhecimento individual e uma abordagem política holística para as sociedades como um todo” (Voelcker, Plouffe & Kalache, 2017). Este conceito tem guiado as políticas da Organização Mundial da Saúde, no que se refere a atenção à população idosa e possui similaridades com perspectiva *life span* (Baltes, 1995).

A proposta da velhice bem-sucedida (Neri, 1995), possibilitou um novo olhar para a velhice como uma etapa existente no curso da vida, a exemplo da infância, adolescência e da fase adulta. Nesta etapa do desenvolvimento, como em qualquer outra, os indivíduos podem experimentar perdas e ganhos e desenvolverem suas potencialidades. Deste modo, passou-se a olhar para a velhice de forma positiva, substituindo algumas imagens negativas sobre o envelhecimento e a velhice por outras mais positivas (Jodelet, 2009). Mesmo que esteja fisicamente limitado em decorrência da idade o idoso pode viver uma velhice bem-sucedida, uma vez que os aspectos biológicos não determinam totalmente seu bem-estar. A ativação de “[...] crenças de auto-eficácia e de controle e as estratégias de seleção, otimização e compensação” (Neri & Yassuda, 2004, p. 9), podem atenuar os efeitos negativos da velhice, referentes às doenças e a outros limites.

Pesquisas sobre as representações sociais que abordam a temática do envelhecimento vêm sendo realizadas desde o final da década de 1990. Podem ser citadas aqui as contribuições de Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo (1999), num estudo que buscou compreender as representações sociais das pessoas sobre a velhice, o idoso e o envelhecimento. Esta publicação foi uma das pioneiras sobre as representações sociais da população idosa, abrindo caminho para outros estudos (Teixeira, Nascimento & Camargo, 2002; Araújo, Coutinho & Carvalho, 2005; Wachelke *et al.*, 2008; Magnabosco-Martins, Camargo & Biasus, 2009; Camargo *et al.*, 2014). Tais pesquisas produziram um rico material para a compreensão do envelhecimento, pois permitem identificar crenças, normas e valores sociais compartilhados entre os idosos e suas experiências sobre o envelhecimento. Recentemente foi organizado no Brasil um livro dedicado exclusivamente ao estudo do envelhecimento na perspectiva da Teoria das Representações Sociais (Tura & Silva, 2012).

Os resultados das pesquisas sobre as representações sociais do envelhecimento reforçam a noção proposta por Jodelet (2009) da velhice enquanto um objeto polissêmico. Os participantes destes estudos

atribuem à velhice noções ambivalentes que podem ser situadas em posições negativas, referentes às perdas físicas, aparecimento de doenças, tristeza, aproximação da morte, etc. Simultaneamente, são referidos elementos positivos que indicam a velhice como um período de maior tranquilidade, repouso, acúmulo de conhecimento, sabedoria e experiência, etc. (Jardim, Medeiros & Brito, 2006; Wachelke *et al.* 2008; Magnabosco-Martins, Camargo & Biasus, 2009; Santos, Rangel, & Arruda, 2013; Torres *et al.*, 2015). Estas pesquisas também têm demonstrado que as representações sociais da velhice podem ser diferentes, quando comparadas a partir das variáveis sexo e grupos etários.

Em relação à variável sexo, os estudos têm demonstrado que a velhice é experimentada de forma heterogênea entre homens e mulheres. Na pesquisa realizada por Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo (1999), pôde-se constatar a diferenças no conteúdo das representações sociais do envelhecimento entre o público masculino e feminino. As idosas entrevistadas, por estarem ao longo da vida mais vinculadas às práticas domésticas, representam a velhice como uma fase marcada pela perda dos laços familiares. Em contrapartida, os homens referem-se à velhice como a perda do ritmo de trabalho e do desgaste do corpo. A manutenção do conteúdo destas representações também é identificada em uma pesquisa mais recente (Torres *et al.*, 2015).

Um estudo sobre os princípios organizadores das representações sociais (Wachelke *et al.*, 2008), demonstrou que os jovens possuem uma representação mais estereotipada da velhice, quando comparados com grupos de pessoas mais velhas. Em suas repostas, evidenciaram uma visão negativa do envelhecimento, como processo marcado pelo fim da vida produtiva. Os pesquisadores observaram que os participantes mais velhos, ou próximos da velhice, possuem uma visão mais realista e menos estereotipada desta fase da vida. Abordam a velhice como um período marcado por perdas e ganhos. Entre os aspectos negativos destacaram maior dependência em relação aos outros, o preconceito da sociedade e as perdas cognitivas. Os aspectos positivos apresentados foram: novas formas de lazer e ocupações, uma vida mais calma, alterações positivas da personalidade, etc. Esta tendência de grupos de não idosos perceberem a velhice de modo estereotipado também é observada em outros estudos (Jardim, Medeiros & Brito, 2006; Magnabosco-Martins, Camargo & Biasus, 2009; Camargo *et al.*, 2014). Estes autores também indicam que os idosos possuem uma visão mais positiva sobre a velhice do que pessoas mais jovens. Estas últimas costumam expressar versões simplistas da

velhice, entendo-a como um fenômeno homogêneo e com muitos aspectos negativos.

3.3.1 Práticas de cuidado com o corpo na velhice

Na velhice, alguns cuidados com o corpo são indispensáveis para garantir que o idoso possa desfrutar de maior autonomia e qualidade de vida. Nesta etapa da vida, as mudanças corporais são facilmente identificadas: a pele tende a enrugar, os cabelos ficam grisalhos e mais finos. Tais mudanças também afetam os órgãos internos, alterando o funcionamento do sistema nervoso, cardiorrespiratório, etc. (Papalia, Olds, & Feldman, 2006). Essas alterações podem comprometer a saúde da pessoa idosa de forma mais ou menos acentuada, dependendo da combinação de aspectos genéticos, ambientais e sobretudo de fatores comportamentais.

As práticas de cuidados corporais na velhice envolvem vários tipos de comportamentos, que podem revelar objetivos e significados distintos. Uma mesma prática pode ser ativada por diferentes representações. Por exemplo, um idoso pode fazer uma dieta com um objetivo estético de manter-se magro, enquanto outro pode aderir a uma dieta com o foco de manter-se saudável. Isso porque alimentar-se é uma ação que ultrapassa o âmbito nutricional e atinge outros códigos sociais (Vicent, 1992).

No contexto brasileiro, em relação ao cuidado com a saúde física, as práticas de cuidados corporais mais comuns entre os idosos são: caminhada, andar de bicicleta, natação, hidroginástica, dança, ioga, etc. (Brasil, 2006). A caminhada é reconhecidamente a atividade física mais comum entre os idosos (Brasil, 2006; Matsudo, Matsudo, & Neto, 2001). O quadro 1 demonstra os benefícios que as atividades físicas promovem na saúde do idoso.

A adesão de práticas saudáveis é muito importante para o conjunto da população idosa. Em 2003 o IBGE realizou uma amostragem, onde constatou que 78% dos brasileiros com 65 anos ou mais possuem pelo menos uma doença crônica. As cinco doenças identificadas de forma mais comum foram: “‘pressão alta’, ‘doença da coluna’, ‘artrite ou reumatismo’, ‘doença do coração’ e ‘diabetes’” (Vieira, 2011, p. 8). A Organização Mundial da Saúde afirma que estas doenças podem ser prevenidas a partir do estabelecimento de hábitos saudáveis. Uma alimentação saudável e a prática de atividades físicas contribuem para a prevenção de doenças crônicas como as cardiopatias, diabetes, insuficiência renal, etc. (WHO, 2005).

Quadro 1. *Benefícios da prática de atividades físicas*

Benefícios da prática de atividades físicas

- ✓ Melhor funcionamento corporal, diminuindo as perdas funcionais, favorecendo a independência
- ✓ Redução no risco de morte por doenças cardiovasculares
- ✓ Melhora do controle da pressão arterial
- ✓ Manutenção da densidade mineral óssea, com ossos e articulações mais saudáveis
- ✓ Melhora a postura e o equilíbrio
- ✓ Melhor controle do peso corporal
- ✓ Melhor utilização da glicose
- ✓ Melhora a enfermidade venosa periférica
- ✓ Melhora a função intestinal
- ✓ Melhora de quadros algícos
- ✓ Melhora a resposta imunológica
- ✓ Melhora a qualidade do sono
- ✓ Ampliação do contato social
- ✓ Correlações favoráveis com redução do tabagismo e abuso de álcool e drogas
- ✓ Diminuição da ansiedade, do estresse, melhora do estado de humor e da auto-estima

Fonte: Brasil (2006)

Com o aumento da população idosa, os governos devem empenhar-se em propor políticas que facilitem a prática da atividade física para esta parcela da população. Ainda é comum a existência de muitas barreiras ambientais nas cidades, o que dificultam a realização de atividades físicas para os mais velhos. A falta de equipamentos é referida como uma dessas barreiras (Matsudo, Matsudo & Neto, 2001). A Organização Mundial da Saúde tem proposto o Projeto das Cidades Amigas dos Idosos, que visam garantir espaços físicos e sociais capazes de acolher e inserir as pessoas idosas no contexto da cidade. A melhoria das condições ambientais e a conscientização social de que os idosos fazem parte de um grupo com necessidades que não são homogêneas, colabora para uma cidade melhor para todos e não apenas para os mais velhos (OMS, 2008).

Além dos resultados benéficos para a saúde corporal, as atividades físicas contribuem para a melhoria da autoestima e sociabilidade do idoso (Brasil, 2006). Em estudo comparativo sobre a imagem corporal de idosos fisicamente ativos e não ativos, os resultados demonstraram que os idosos que realizam atividades físicas são mais confiantes em relação a sua imagem corporal e percebem-se com melhor vigor físico (Andrade *et al.*, 2011). O estudo realizado por Freitas, Meereis e Gonçalves (2014) concluiu que idosos ativos fisicamente possuem melhor qualidade de vida do que os idosos não ativos. Estes estudos parecem indicar que a atividade física altera o nível de experiência do idoso com o seu corpo, produzindo efeitos positivos para o seu bem-estar.

A literatura também tem indicado que o cuidado com a saúde corporal na velhice é influenciado por questões de gênero (Papalia, Olds, & Feldman, 2006; Gomes *et al.*, 2007; Silva & Menandro, 2014). Os homens idosos padecem mais de condições crônicas e severas de saúde do que as mulheres. Também possuem uma longevidade menor. Culturalmente as mulheres buscam mais os serviços de saúde do que os homens para a realização de exames preventivos, o que pode colaborar com a melhor manutenção de sua saúde (Silva & Menandro, 2014). A maior longevidade das mulheres parece também estar relacionada ao fato de que os homens cuidam menos de sua saúde ao longo da vida e envolvem-se mais em situações de perigo (Papalia, Olds, & Feldman, 2006).

Numa pesquisa sobre as “representações sociais da saúde e seus cuidados”, realizado com idosos do sexo masculino e feminino, Silva e Menandro (2014) verificaram que as idosas representam a saúde e seus cuidados como algo medicalizado. Para as mulheres, os problemas de saúde decorrentes da velhice podem ser tratados, objetivando a cura na figura do médico. Embora mais adeptas do que os homens no cuidado com a saúde, as idosas participantes preferiam remediar-se do que aderirem a práticas preventivas. Em contrapartida, o público masculino demonstrou possuir poucas informações sobre sua saúde. Eles evitam buscar a ajuda de profissionais de saúde e suas representações ancoram-se na ideia de que enquanto o corpo está funcionando a saúde a qualidade de vida estão mantidas, objetivando a saúde na figura do homem trabalhador. Estes dados reforçam a importância de se considerar a diferença entre gêneros na construção de representações sociais, conforme já constatado em outros estudos (Veloz, Nascimento-Schulze & Camargo, 1999; Biasus, Demantova & Camargo, 2011).

Em nossa sociedade, o culto à juventude tem direcionado as pessoas na busca de práticas que possam retardar os desgastes impostos pelo avanço da idade. Conforme destaca Proust (1992, p. 107), tem-se alcançado um êxito inquestionável no enfrentamento aos sinais da velhice: “hoje, os homens e mulheres de quarenta anos não se parecem muito com seus coetâneos de duas gerações atrás”. Além dos cuidados com a saúde física, os cuidados corporais relativos ao envelhecimento envolvem práticas de embelezamento e rejuvenescimento. No imaginário social o envelhecimento do corpo é marcado por desgastes e perdas (Menezes, Lopes, & Azevedo, 2009). Em contrapartida, a beleza estética na velhice costuma ser associada ao cuidado de si, da saúde e das relações do idoso (Caroline, Portella, & Scortegagna, 2017). Percepções negativas em relação ao envelhecimento do corpo, somadas a uma valorização

estética do corpo jovem, influenciam a adesão de práticas de embelezamento e rejuvenescimento.

3.3.2 Qualidade de vida e bem-estar na velhice

A qualidade de vida é um aspecto importante para a promoção da saúde dos idosos no Brasil, na medida em que o país passa atualmente por uma “nova sensibilidade social para com a velhice” (Neri, 2007). Essa nova sensibilidade é o resultado de pelo menos três fatores. O primeiro é a tomada de consciência da sociedade brasileira de que o país está passando por um aumento considerável do número de idosos. O aumento da população idosa causa maior visibilidade desta população, criando oportunidades de inserção social deste público em atividades de trabalho, lazer, etc. Em segundo lugar, algumas mudanças sociais contribuíram para que a velhice seja vivida de forma mais positiva. As pessoas têm chegado aos sessenta anos mais saudáveis e mais produtivas, o que contribui para a diminuição dos estereótipos negativos sobre a velhice. Por fim, o sonho de viver mais tempo mantendo-se fisicamente jovem tem se tornado uma real possibilidade, devido aos investimentos cada vez maiores em tecnologias e práticas corporais com o foco no rejuvenescimento (Neri, 2007).

De acordo com a OMS (2005, p. 14), a qualidade de vida pode ser definida como “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Qualidade de vida na velhice, bem-estar psicológico, bem-estar percebido, bem-estar subjetivo, envelhecimento satisfatório ou bem-sucedido são expressões equivalentes, que formam um construto global, que abordam dimensões individuais e sociais do envelhecimento (Neri, 1993).

O conceito de qualidade de vida abrange vários fatores, como a saúde física, o bem-estar psicológico e o bem-estar social. Dentre os elementos que são indicadores de bem-estar na velhice destacam-se: longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais, e continuidade de relações informais em grupos primários (principalmente rede de amigos) (Neri, 1993).

Neste trabalho, a avaliação da qualidade de vida dos idosos foi realizada a partir da análise do bem-estar psicológico e do bem-estar social. O bem-estar psicológico é um construto multidimensional que

surgiu no final da década de 1980, tendo como referência os estudos da psicóloga Carol D. Ryff. A avaliação do bem-estar psicológico foi feita, buscando entender como os participantes são influenciados por afetos positivos e negativos, seguindo a medida proposta por Watson, Clark e Tellegen (1988).

De modo complementar, o construto de bem-estar social foi elaborado para caracterizar o funcionamento positivo, a partir da relação do indivíduo com o meio social. O conceito surgiu no final da década de 1990 (Keyes, 1998), e sua proposta abrange a avaliação de cinco dimensões: integração social, contribuição social, coerência social, aceitação social e realização social. De forma conjunta, o bem-estar psicológico e o bem-estar social, caracterizam o funcionamento positivo e a capacidade adaptativa ao nível privado e social (Novo, 2005; Machado & Bandeira, 2012).

Conforme revisão realizada por Machado e Bandeira (2012), o construto bem-estar psicológico tem sido relacionado com sucesso a outros construtos como: habilidades sociais, resiliência e satisfação com a vida. Camargo *et al.* (2012), em um estudo sobre as representações sociais do envelhecimento entre diferentes gerações no Brasil e na Itália, utilizaram a variável bem-estar social e psicológico para auxiliar na compreensão de como as pessoas percebem o envelhecimento. Os autores identificaram que os idosos brasileiros apresentaram bem-estar psicológico e mal-estar social. Enquanto que os adolescentes e os adultos italianos experimentam bem-estar social e mal-estar psicológico. Entre os idosos brasileiros, a representação social do envelhecimento foi considerada positiva, e entre os adolescentes e os adultos italianos a velhice é representada de forma negativa.

Fernandes e Andrade (2016), também em um estudo sobre a representação social do envelhecimento, identificaram que o bem-estar na velhice está associado a condicionamentos sociais, mas também por experiência individuais e subjetivas. Araújo, Coutinho e Carvalho (2005) descreveram que para os idosos participantes do seu estudo, a família é representada como o lugar de alegria e bem-estar na velhice, o que demonstra a importância do ambiente familiar no apoio psicossocial e afetivo dos idosos.

3.4 AS RELAÇÕES ENTRE AS REPRESENTAÇÕES E AS PRÁTICAS SOCIAIS

O comportamento humano não pode ser explicado apenas como uma resposta aos estímulos do ambiente físico. Também não é possível

reduzir o comportamento às determinações impostas pelas condições materiais de produção. O “mundo em que habitamos” abrange interações entre a história, cultura e seus valores e nossas relações com o meio social são mediadas por representações simbólicas que justificam e dão sentido às condutas humanas. Essas representações “[...] nos guiam no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva” (Jodelet, 2001, p. 17).

Definir em que medida as representações sociais estão relacionadas com as práticas sociais é uma tarefa que tem mobilizado o trabalho de vários teóricos e pesquisadores da Psicologia Social (Rouquette, 1998; Abric, 2001; Almeida, Santos, & Trindade, 2000; Camargo & Bousfield, 2014). Desde a obra *La Psycanalyse son image et son public*, Moscovici (1961/2012a) argumentava que nossas reações e respostas comportamentais estão relacionadas com determinadas definições, compartilhadas pelos membros da comunidade na qual estamos inseridos. No entanto, nos estudos sobre as representações sociais, ainda não existe um consenso sobre a relação entre representações e práticas sociais (Almeida, Santos & Trindade, 2000). Abric (2001b) afirma que este é um tema pouco estudado, gerando polêmicas em torno dos seguintes tópicos: seriam as práticas que determinam as representações, ou o contrário? Representações e práticas sociais estão ligadas de forma indissociável ou são independentes?

Ao estabelecer um sistema explicativo dos elementos e relações que constituem as representações sociais, Jodelet (2001) define que ao mesmo tempo que se caracteriza como um saber prático, a representação serve como um “guia para a ação” em relação ao mundo e ao outro. Afirma que indivíduos e grupos criam representações sociais com a finalidade de criar e interpretar a realidade. Simultaneamente, a representação possui um papel importante na forma como as pessoas se ajustam à realidade, compreendendo como devem se comportar em situações e momentos específicos. Ao criar consensos sobre a realidade, as representações sociais também podem criar consensos sobre as práticas cotidianas.

Vala (2006), ao abordar as representações enquanto orientadoras dos comportamentos, pontua que: a) as representações sociais incluem modos desejáveis de ação; b) proporcionam a constituição do significado do objeto estímulo e da situação no seu conjunto; c) permitem dar sentido e justificar os comportamentos. No entanto, o autor faz uma ressalva, chamando a atenção para o fato de que nem todos os comportamentos podem ser determinados por representações sociais. Em alguns contextos

específicos, o comportamento pode ser influenciado por pressões situacionais.

Abric (1998) explica que as representações sociais possuem quatro funções essenciais: a) função de saber: elas permitem compreender e explicar a realidade; b) Função identitária: elas definem a identidade e permitem a proteção da especificidade dos grupos; c) função de orientação: elas guiam os comportamentos e práticas; e d) função justificadora: elas permitem, *a posteriori*, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos. Abric (2001a), a partir de estudos experimentais, demonstrou que o comportamento dos indivíduos é influenciado pelas representações. Considera que as representações sociais atuam como:

Grade de interpretação e decodificação da realidade as representações produzem a antecipação dos atos e comportamentos (seus e dos outros), a interpretação da situação num sentido preestabelecido, graças a um sistema de categorização coerente e estável. Inibidoras das condutas, elas permitem sua justificação em relação às normas sociais e sua integração. O funcionamento operatório tanto dos indivíduos quanto dos grupos é diretamente dependente do funcionamento simbólico (Abric, 2001a, p. 168).

Apesar do poder explicativo das pesquisas experimentais, os críticos da Teoria das Representações Sociais poderiam considerar que tais estudos, mesmo com todo seu rigor científico, não refletem uma situação social real, *locus* da “produção espontânea” das representações sociais. No entanto, em situações sociais concretas, como a escolha de uma profissão, por exemplo, observa-se a influência das representações sociais nas tomadas de decisão dos indivíduos (Abric, 2001).

Os enunciados acima demonstram que as representações se constituem como “guias para ação”, “formam consensos sobre práticas cotidianas” e “permitem significar os comportamentos”. No entanto, é necessário descrever em que contextos uma prática pode ser ativada por uma representação. Neste ponto, Camargo e Bousfield (2014) esclarecem que existe uma diferença entre uma representação social e uma representação social efetivamente adotada. Para haver relação entre prática e representação social é necessário que a primeira seja ativada por interferência da segunda. Os autores argumentam, ainda, que a representação social é um elemento, que em conjunto com as variáveis sociodemográficas, de contexto e pessoais, pode explicar de maneira mais adesão de uma prática.

Apesar da polêmica em torno da relação “representações-práticas”, alguns estudos recentes sobre as representações sociais do corpo têm

evidenciado a adoção de comportamentos de cuidados com o corpo, a partir de representações compartilhadas socialmente (Secchi, Camargo & Bertoldo, 2009; Camargo, Justo & Jodelet, 2010; Camargo *et al.*, 2011; Berri, Castro, Camargo, 2016). Num estudo realizado por Aguiar, Camargo e Bousfield (2017), identificou-se a relação entre as representações sociais e práticas corporais de rejuvenescimento. O resultado da pesquisa apontou, a partir da análise das atitudes, crenças e normas, a existência de uma correspondência entre as representações e as práticas de rejuvenescimento. Tal resultado corrobora com a ideia de que o corpo é um objeto construído coletivamente, a partir do compartilhamento de “padrões” de pensamento e comportamentos que “modelam” os indivíduos, estimulando-os na consecução de diferentes práticas de cuidados corporais (Justo & Camargo, 2013).

Os estudos sobre as representações do corpo têm demonstrado que a construção do pensamento individual e social acerca da imagem corporal e das práticas de cuidados corporais – sejam estas voltadas para a saúde ou para o embelezamento –, são fortemente influenciadas pelas representações socialmente compartilhadas. Constata-se ainda que, na contemporaneidade, as mídias desenvolvem um papel importante na comunicação destas representações. Em síntese, as representações sociais do corpo podem ser tomadas como orientadoras de práticas de cuidado corporal.

Apesar das pesquisas sobre as representações sociais demonstrarem a influência das representações sociais sobre as práticas, é importante salientar que as práticas também interferem no conteúdo das representações. De forma mais precisa, é possível afirmar que toda vez que uma prática social é alterada ou está em desacordo com a representação social adotada, esta última se modifica (Rouquette, 1998). Isso demonstra a existência de uma forte relação entre as práticas e as representações sociais, levando a muitos pesquisadores considerarem que as representações e as práticas são geradas mutuamente (Abric, 2001b).

A relação entre representações e práticas é tão estreita que muitas vezes dificulta a análise da influência de uma sobre a outra. Em alguns casos, as práticas podem revelar aspectos das representações que não são verbalizados, conforme foi demonstrado na pesquisa de Jodelet (2015) sobre as representações sociais da loucura. Ao analisar a forma como era realizada a limpeza das roupas dos enfermos, a autora explicou que o medo de ser contagiado pela loucura – jamais verbalizado – só pôde ser identificado a partir da observação direta da forma como era feita a higienização das roupas dos doentes.

Tanto as representações quanto as práticas influenciam-se mutuamente. Quando não há congruência entre ambas, uma delas sofrerá algum tipo de mudança. De modo, que a análise da “natureza da situação” (Abric, 2001b) é o que permite identificar a influência de uma sobre a outra. Considerando um exemplo hipotético, numa situação em que o indivíduo ou o grupo estão fortemente ligados a uma prática ou a um contexto onde não há possibilidade de escolha, as práticas poderão ter efeito mais saliente do que as representações na tomada de posição. Por outro lado, quando o sujeito está exposto a uma situação em que possui autonomia para escolher que comportamento aderir, sua decisão deve sofrer uma influência maior das representações, atitudes e sistemas de valores. Continuando no campo das suposições, um idoso que recebe um diagnóstico diabetes, poderá aderir à nova prática alimentar, mesmo que esta seja contrária ao seu sistema de valores, afetos, ou seja, às suas representações. Enquanto outro idoso, poderá aderir à uma dieta com menor teor de açúcar porque se convenceu de que esta poderá contribuir para manutenção de sua saúde.

A partir destas discussões em torno das representações e das práticas sociais, considera-se pertinente analisar as relações entre as representações sociais do corpo e as práticas de cuidado corporal adotadas por idosos. Neste estudo, a relação entre estes dois construtos foi analisada em conjunto com o nível de bem-estar social e bem-estar psicológico. Como ponto de partida para o alcance de tal objetivo, foi necessário realizar um breve percurso teórico que contemplasse aspectos relativos ao corpo, velhice e envelhecimento, bem-estar na velhice e cuidados com o corpo na velhice. A partir destas aproximações teóricas, a pesquisa buscou identificar respostas para as seguintes questões: que imagens aparecem como elementos de objetificação do corpo dos idosos? Como os conhecimentos reificados sobre o corpo são ancorados por esses indivíduos? Quais as práticas de cuidado corporal são mais adotadas pelos idosos? E de que modo estas práticas estão relacionadas com representações socialmente partilhadas? Finalmente, esta pesquisa objetivou compreender se existem relações significativas entre práticas, representações sociais e a qualidade de vida.

4 MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Este estudo possui um enfoque qualitativo (Sampiere, Collado, & Lúcio, 2006). Buscou analisar as relações entre as representações sociais do corpo, bem-estar psicológico e social, e as práticas de cuidado corporal adotadas por idosos. Desse modo, investigou como o conhecimento social e culturalmente compartilhado influencia os modos individuais de percepção, experiência e ação dos participantes (Flick, 2004). Em relação aos objetivos mais gerais, caracteriza-se como uma pesquisa descritiva (Gil, 2010), pois buscou identificar e descrever a partir do relato dos participantes, as relações entre as representações sociais, suas práticas de cuidado com o corpo e o seu nível de bem-estar. Se baseia em um delineamento do tipo pesquisa de campo, de corte transversal.

4.2 CONTEXTO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na região da Grande Florianópolis. As entrevistas foram feitas em ambientes onde havia a possibilidade da manutenção do bem-estar dos participantes e do sigilo das informações coletadas pelo pesquisador. A maior parte das entrevistas (23) foram realizadas nas instituições onde os idosos realizam atividades dedicadas à sua faixa-etária, sempre com o consentimento prévio dos responsáveis pelas instituições. As demais entrevistas foram realizadas na residência dos idosos.

4.3 PARTICIPANTES

Participaram do estudo 40 pessoas com 60 anos ou mais, pareadas pela variável “sexo”. Destes, 23 (17 mulheres e 6 homens) foram acessados por meio de grupos dedicados à realização de atividades voltadas para o público idoso. Os outros 17 participantes (3 mulheres e 14 homens) foram contatados por meio de indicações feitas pelos idosos entrevistados nas instituições/grupos, através da técnica bola de neve (snowball) (Becker, 1993), em que os participantes de uma pesquisa podem indicar outras pessoas de seu convívio social.

A delimitação da faixa etária mínima de 60 anos foi pautada na definição da legislação brasileira, que estabelece idoso o cidadão com mais de 60 anos. A divisão dos participantes pela variável sexo justificou-

se pelo fato de que, culturalmente, homens e mulheres apresentam representações diferentes em relação ao objeto corpo e, em geral, expressam práticas de cuidados corporais peculiares, conforme resultados encontrados em alguns estudos (Veloz, Nascimento-Schulze, & Camargo, 1999; Biasus, Demantova, & Camargo, 2011; Silva & Menandro, 2014).

Para participar do estudo, o idoso deveria estar com sua saúde estável e não apresentar comprometimentos cognitivos que lhe impedissem de responder o conteúdo da entrevista e os instrumentos utilizados na coleta dos dados.

A delimitação de 40 participantes segue as orientações descritas por Gaskell (2002) sobre a realização de pesquisa com uso de entrevistas qualitativas – ou entrevistas em profundidade. De acordo com este autor, as experiências dos indivíduos, apesar de parecerem individuais, são o resultado de processos sociais. Por fazerem parte de um meio social, as referências expressadas pelos indivíduos tendem a saturar após um determinado número de entrevistas. Um segundo critério refere-se ao tamanho do *corpus* a ser analisado. Entrevistas qualitativas geram *corpus* textuais extensos, que para serem analisados em profundidade precisam de um limite do número de participantes, de modo a permitir a análise do conteúdo. Por esse motivo, Gaskell (2002) orienta que em pesquisas que empregam entrevistas individuais em profundidade, cada pesquisador deve aplicar um limite aproximado de 15 a 25 entrevistas. Como o estudo irá comparar os participantes do sexo masculino e feminino, optou-se em fazer um total de 40 entrevistas, sendo 20 com idosos do sexo masculino e 20 com idosos do sexo feminino.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados foram empregados quatro instrumentos. Uma entrevista em profundidade, duas escalas de bem-estar (psicológico e social) e um questionário para a caracterização dos participantes, que também continha algumas questões complementares à entrevista, referentes ao cuidado corporal.

4.4.1 Entrevista em profundidade

A entrevista em profundidade foi realizada seguindo os critérios de Ghiglione e Matalon (1993) para as entrevistas não-diretivas ou livres. As entrevistas buscaram explorar e aprofundar os significados atribuídos ao corpo pelo idosos e identificar as práticas de cuidado corporal que eles

realizam, a partir do seu próprio quadro de referência. Neste tipo de entrevista, o pesquisador propõe um conjunto de questões abertas e amplas sobre o tema a ser investigado, interferindo o mínimo possível nas repostas do participante. Um roteiro de entrevista (Apêndice A) foi construído com o objetivo de manter o foco sobre os temas investigados. Seguindo os objetivos da pesquisa, a entrevista foi realizada em torno de dois temas:

- a) Representações sociais do corpo
- b) Práticas de cuidados corporais

Visando coletar o conteúdo espontâneo da fala dos participantes, durante as entrevistas, foram aplicadas “técnicas clássicas e técnicas particulares” (Ghiglione & Matalon, 1993). Trata-se do emprego de procedimentos verbais e não verbais que buscam promover a fala do entrevistado em torno do tema da entrevista, sem que o entrevistador intervenha diretamente nas respostas do participante. A seguir, são apresentadas algumas técnicas utilizadas:

- a) Expressões breves, como sinais afirmativos com a cabeça ou expressões “Aham”, “hum”, etc;
- b) Utilização de silêncios de 10 a 15 segundos;
- c) Técnica do espelho ou do eco: repetição das últimas palavras proferidas pelo entrevistado;
- d) Realização de sínteses parciais do conteúdo falado, buscando promover novas elaborações sobre o mesmo tópico;
- e) Formulação de pedidos neutros ou parciais;
- f) Contraexemplos;
- g) Incompreensão voluntária;
- h) Etc.

4.4.2 Escalas de bem-estar psicológico e bem-estar social

Com o objetivo de identificar o nível de bem-estar psicológico e bem-estar social dos idosos, após a entrevista, foram aplicadas duas medidas utilizadas no estudo de Camargo *et al.*, (2014). A primeira escala é uma adaptação, traduzida para o português da *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*, escala tipo *Likert* de 5 pontos (Anexo A). A segunda medida também utilizada em uma pesquisa realizada por Camargo *et al.*, (2014), é uma versão traduzida da escala de bem-estar

social tipo *Likert*, de 5 pontos, denominada *Social Well-Being Scales* (Anexo B).

4.4.3 Questionário sociodemográfico

Ao final da entrevista e da aplicação das escalas de bem-estar psicológico e social, os participantes responderam um questionário sociodemográfico (Apêndice B) que visou caracterizar os participantes do estudo por meio das variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda, local de domicílio, tempo de participação nas atividades do grupo/instituição e questões gerais sobre cuidados corporais. O questionário sociodemográfico foi aplicado ao final da coleta de dados, para evitar que suas questões interferissem na ativação dos conteúdos das respostas evocadas pelos participantes durante a entrevista.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Inicialmente foi realizado o contato com os programas/instituições que desenvolvem atividades destinadas ao público idoso, a fim de explicar os objetivos da pesquisa e solicitar a autorização para a realização do estudo. Após a autorização formal das instituições (Apêndice D), era realizado um primeiro contato com os idosos, a fim de apresentar os objetivos do estudo a formalizar o convite para a participação voluntária. A partir do momento em que o idoso aceitava participar do estudo, era agendada a data e o horário para a realização da entrevista.

No dia da entrevista, o participante recebia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), onde lhe era assegurado: a) a garantia de esclarecimento de qualquer dúvida que o participante venha ter sobre o estudo, antes, durante e depois de sua participação; b) o direito do participante se recusar a continuar no estudo, caso sinta algum tipo de desconforto; c) a garantia do sigilo de todas as informações coletadas; e, d) a ciência de que os resultados da pesquisa poderão ser publicados, mantendo a identidade dos participantes preservada. Antes de iniciar a entrevista o pesquisador colocava-se a disposição para sanar possíveis dúvidas relativas à participação do idoso no estudo. Sanadas as dúvidas e havendo o consenso para a gravação do áudio, a entrevista era iniciada.

Após a conclusão da coleta de dados, realizada com cada um dos idosos que frequentam as instituições escolhidas para este estudo, era perguntado se o participante desejava indicar alguma pessoa do seu

convívio social, que tenha mais de 60 anos e que tivesse disponibilidade para participar da pesquisa. Quando recebia algum tipo de indicação, o pesquisador realizava um contato com a pessoa indicada, a fim de verificar a possibilidade do idoso participar voluntariamente do estudo. O primeiro contato era realizado por meio de ligação telefônica, onde o pesquisador se identificava, justificava o seu contato e informava ao idoso o nome da pessoa que lhe indicou para o estudo. Havendo o aceite em participar da pesquisa, era agendada a coleta dos dados, na data e horário mais conveniente para o participante. Neste contexto, a residência do participante era escolhida como o local para a coleta de dados, a fim de favorecer a acessibilidade no caso de dificuldades de locomoção. No dia da coleta dos dados, o participante era orientado sobre a natureza da pesquisa e recebia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Todas entrevistas foram gravadas, para posterior transcrição e análise dos dados, com a prévia autorização dos participantes, indicada no TCLE. Os dados foram coletados e transcritos entre os dias 17 de outubro e 27 de dezembro de 2018.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

De forma geral, a análise dos dados foi feita buscando identificar relações entre as representações sociais do corpo, o nível de bem-estar psicológico e social e as práticas de cuidado corporal indicadas pelos participantes, no intuito de localizar possíveis correspondências entre estes três fenômenos. Para o tratamento dos dados foram utilizados *softwares* que permitiram organizar e operacionalizar a interpretação dos conteúdos coletados.

Os procedimentos de estatística descritiva (medidas de tendência central e dispersão) e relacional foram realizados com a utilização do *PSPP*. Trata-se de um *software* livre, desenvolvido pela empresa GNU, hospedado no servidor <http://ftp.gnu.org/gnu/pspp>.

4.6.1 Procedimentos para a análise dos dados das escalas de bem-estar social e bem-estar psicológico

Um dos objetivos desta pesquisa, era o de medir o bem-estar psicológico e o bem-estar social dos participantes. Para realizar estas medidas foram aplicadas duas escalas utilizadas no estudo Camargo *et al.*, (2014).

A primeira medida é uma adaptação para o português da *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)*, escala tipo *Likert* de 5 pontos. A medida original foi proposta por Watson, Clark e Tellegen (1988) como uma alternativa para aferir as duas principais dimensões do humor, a partir de uma lista de vinte descritores: dez afetos positivos (interessado, entusiasmado, inspirado, determinado, orgulhoso, ativo, alerta, atento, forte e empolgado) e dez afetos negativos (perturbado, aborrecido, amedrontado, assustado, nervoso, inquieto, envergonhado, culpado, irritado e hostil).

De acordo com Watson, Clark e Tellegen (1988), as dimensões do afeto positivo (*positive affect*) e afeto negativo (*negative affect*) não devem ser compreendidas como dois fatores opostos de humor. Tratam-se de dimensões distintas, conforme pode ser verificado no Quadro 2.

Neste estudo, as repostas dos participantes resultaram em índices de *α de Cronbach* satisfatórios para os conjuntos de afetos positivos e negativos: 0,78 e 0,76 respectivamente.

Quadro 2. Descrição do Afeto Positivo e Afeto Negativo.

Afeto Positivo: <i>reflete o quanto a pessoa se sente entusiasmada, ativa e alerta.</i>		Afeto Negativo: <i>uma dimensão geral de angústia subjetiva e engajamento desprazeroso.</i>	
Alto (AP+)	Baixo (AP-)	Alto (AN+)	Baixo (AN-)
<i>Revela um estado de alta energia, concentração total e engajamento prazeroso</i>	<i>Caracterizado por um estado de tristeza e letargia.</i>	<i>Variiedade de estados de humor aversivos, incluindo raiva, desprezo, repulsa, culpa, medo e nervosismo.</i>	<i>Caracterizado por um estado de calma e serenidade.</i>

Fonte: adaptado de Watson, Clark e Tellegen (1988, p. 1063).

Para medir o bem-estar social dos idosos, foi utilizada uma versão traduzida e adaptada (Camargo *et al.*, 2014) da *Social Well-Being Scales*, proposta originalmente por Keyes (1998). A medida original contém cinco dimensões (integração social, contribuição social, coerência social, atualização social e aceitação social), distribuídas em 33 itens. Os itens consistem em expressões afirmativas e negativas, sendo os itens negativos pontuados de forma inversa. A escala adaptada é formada de dois fatores, cujos itens são do tipo *Likert*, de 5 pontos. O fator 1, denominado de integração social, é composto pelas dimensões integração social e contribuição social da medida original e o fator 2, aceitação social, é composto pelos itens originalmente utilizados para a dimensão aceitação

social (vide quadro 3). Os índices de *α* de Cronbach foram de 0,73 para integração social e 0,72 para aceitação social.

Quadro 3. *Descrição dos fatores 1 e 2 da escala de bem-estar social, a partir dos conceitos das dimensões da medida de bem-estar social proposta por Keyes (1998).*

Fator 1	Fator 2
Integração social	Aceitação social
<i>Integração social: mede o quanto a pessoa sente-se parte de sua comunidade e sociedade e a sua capacidade de sentir-se comum às outras pessoas.</i>	<i>Aceitação social: A capacidade dos indivíduos confiarem nos outros, acreditarem na bondade e na capacidade de diligência dos demais membros da sociedade.</i>
<i>Contribuição social: a avaliação do valor social de cada pessoa e a sua percepção do quanto pode contribuir para a sociedade.</i>	

Fonte: adaptado de Keyes (1998).

Para possibilitar as análises desenvolvidas nesta pesquisa, foram separadas as médias dos itens positivos (Afeto Positivo) e negativos (Afeto Negativo) da escala de bem-estar psicológico. Também foram separadas as médias dos fatores 1 e 2 da escala de bem-estar social. Essas médias foram dicotomizadas em variáveis nominais a partir da mediana. Os escores iguais ou maiores do que o valor da mediana foram considerados como altos (+) e os escores inferiores foram considerados baixos (-). Desse modo foram criadas as variáveis nominais *afeto positivo baixo* (AP-) e *afeto positivo alto* (AP+) e *afeto negativo baixo* (AN-) e *afeto negativo alto* (AN+) para os itens da escala de bem-estar psicológico. Os fatores 1 e 2 da escala de bem-estar social (BES) também foram divididos em altos (BES1+ e BES2+) e baixos (BES1- e BES2-).

4.6.2 Análise dos dados do *corpus* da entrevista bitemática

Os dados textuais coletados nas entrevistas foram analisados com o auxílio do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ). Este programa informático permite fazer diferentes tipos de análises estatísticas sobre *corpus* textuais (Justo & Camargo, 2013). Na presente pesquisa foram utilizados dois tipos de análises: a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) ou método Reinert e a Análise de Especificidades ou Análise de Contrastes.

A preparação do *corpus* textual foi realizada a partir da transcrição das 40 entrevistas em um único arquivo de texto. Cada entrevista foi

dividida em dois temas, identificadas por linhas de comando. O tema 1 identificou os conteúdos das entrevistas elaborados pelos participantes a partir da indução que buscou identificar as representações sociais do corpo. O tema 2 reuniu os conteúdos das entrevistas decorrentes da indução sobre as práticas de cuidado corporal. Além da identificação dos temas, cada entrevista foi separada por linhas de comandos que continham as variáveis de identificação dos participantes: número da entrevista, sexo, nível de bem-estar psicológico e nível de bem-estar social.

Por meio da CHD os dados textuais foram organizados em segmentos de textos (ST's) de acordo com os seus respectivos vocabulários. Após esta divisão, o programa organizou os dados em um dendrograma, formando Classes de ST's que mostram seus conteúdos e a relação entre as Classes. Camargo e Justo (2013) afirmam que no campo a psicologia social, as Classes de palavras evidenciam a organização de uma ou mais representações sociais. Porém, a relação entre as Classes de palavras e as representações dependerão do plano geral de cada pesquisa. A Análise de Especificidades permitiu identificar os conteúdos típicos das representações e práticas de cuidados corporais dos participantes do sexo masculino em oposição às participantes do sexo feminino.

Na pesquisa realizada, a preparação do *corpus e as* análises realizadas no IRaMuTeQ possibilitaram verificar os conteúdos que organizam a representação social do corpo e a identificação das principais práticas de cuidados corporais referidas pelos participantes do sexo masculino e feminino, além de relacionar os conteúdos dos dois temas da entrevistas “representações do corpo” e “práticas de cuidado corporal” com as variáveis de categorização dos participantes (número do participante, sexo, nível de bem-estar psicológico e nível de bem-estar social. A análise dos dados obtidos nas medidas de bem-estar social e psicológico envolveu, além de medidas de tendência central e dispersão a medida de confiabilidade.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo seguiu as orientações previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH/UFSC) e recebeu a aprovação por meio do parecer 2.903.603.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 40 idosos residentes na Grande Florianópolis. Os participantes foram pareados por sexo, sendo 20 do sexo feminino e 20 do sexo masculino, com idade igual ou superior a 60 anos (entre 60 e 84 anos). A média de idade dos participantes foi de 69,6 anos para mulheres (DP=7,12) e de 68,4 para os homens (DP=6,98).

Em relação à escolaridade, verificou-se que os participantes do sexo masculino possuem uma escolarização maior do que as do sexo feminino, conforme pode ser conferido na tabela 1.

Tabela 1. *Distribuição dos participantes por escolaridade e sexo*

Sexo	Escolaridade			Total
	fundamental	médio	superior	
feminino	8	7	5	20
masculino	2	9	9	20
Total	10	16	14	40

Além da escolarização superior, os participantes do sexo masculino também apresentaram uma renda familiar mais alta em relação às participantes do sexo feminino. A metade das mulheres (6), em comparação aos homens (12), declarou renda familiar de mais de 5 salários mínimos (ver tabela 2).

Tabela 2. *Distribuição dos participantes por renda familiar e sexo*

Sexo	Renda Familiar						Total
	Até 1 salário mínimo	de 1 a 2 salários	de 2 a 3 salários	de 3 a 4 salários	de 4 a 5 salários	mais de 5 salários	
feminino	3	3	2	2	4	6	20
masculino	0	1	3	1	3	12	20
Total	3	4	5	3	7	18	40

Quanto ao estado civil, observou-se que a maior parte dos homens entrevistados (17) são casados atualmente, enquanto nove, das vinte idosas participantes do estudo, são viúvas (ver tabela 3). O fato de não serem observados participantes do sexo masculino na condição de viuvez e um número tão expressivo de mulheres viúvas (9), pode estar relacionado com a expectativa de vida do brasileiro, que atualmente é de 72,2 anos para os homens e 79,4 anos para as mulheres (IBGE, 2018).

Tabela 3. *Distribuição dos participantes por estado civil e sexo*

Sexo	Estado Civil				Total
	Casado(a) ou em União estável	Divorciado(a)	Solteiro(a)	Viúvo(a)	
feminino	4	5	2	9	20
masculino	17	3	0	0	20
Total	22	7	2	9	40

Em relação ao mercado de trabalho (tabela 4), os números de aposentados entre homens e mulheres são semelhantes, 19 e 16 respectivamente. No entanto, dos dezenove homens aposentados, sete continuam trabalhando, enquanto somente três das dezesseis mulheres aposentadas trabalham atualmente.

Tabela 4. *Distribuição dos participantes por sexo em relação ao mercado de trabalho*

Sexo	Situação em relação ao mercado de trabalho					Total
	Aposentado	Aposentado e pensionista	Aposentado e trabalha	Pensionista	Trabalha	
feminino	11	2	3	4	0	20
masculino	12	0	7	0	1	20
Total	23	2	10	4	1	40

Ao serem questionados sobre a participação em grupos que desenvolvem atividades para idosos, apenas seis dos vinte homens entrevistados responderam que participavam de algum grupo. Uma diferença significativa, quando comparado ao público feminino, dezessete das vinte mulheres entrevistadas indicaram que participam de grupos que desenvolvem atividades voltadas para idosos.

Em relação à crença religiosa (tabela 5), observou-se que a maior parte dos entrevistados professam a fé cristã. A maioria das mulheres responderam participar da igreja católica (11). Nove homens indicaram serem evangélicos e sete católicos.

Tabela 5. *Distribuição dos participantes por crença religiosa e sexo*

Sexo	Crença religiosa					Total
	Católico	Espírita	Evangélico	Outra	Sem religião	
feminino	11	2	4	1	2	20
masculino	7	3	9	0	1	20
Total	18	5	13	1	3	40

Quando questionados sobre a prática de atividade física, quinze mulheres e quatorze homens indicaram realizar algum tipo de atividade. As atividades físicas referidas pelos participantes podem ser visualizadas na tabela 6.

Tabela 6. *Ranking das atividades físicas referidas pelos participantes do estudo*

Tipo de Atividade física	Ocorrências
Caminhada	15
Academia	9
Pilates	6
Ginástica para idosos	4
Hidroginástica	4
Natação	2
Voleibol adaptado	2
Abdominais	1
Basquete adaptado	1
Bicicleta	1
Dança	1
Futebol	1
Pular corda	1

Quando perguntados se realizavam alguma prática de meditação ou terapia corporal (tabela 7), metade das mulheres (10) e pouco menos da metade dos homens (9), indicaram que realizam algum tipo de prática. As respostas das mulheres apresentaram um repertório de práticas mais diversificado do que as dos homens. A maioria dos idosos do sexo masculino indicaram que “oração e leitura bíblica” caracteriza-se como uma prática de meditação importante para a saúde do corpo e da mente. Os dados das tabelas 5 e 7 sugerem que os homens entrevistados possuem uma maior adesão às práticas religiosas do que as mulheres.

Tabela 7. *Ranking das práticas de meditação e terapia corporal referidas pelos participantes do estudo*

Prática	Sexo		Total
	feminino	masculino	
Chi Kung	1	0	1
Dança Circular	2	1	3
Leitura da bíblia / orações	2	5	7
Leituras espirituais (espírita)	1	0	1
Massagem	2	0	2
Meditação com músicas religiosas	0	1	1
Meditação em Grupo	0	1	1
Meditações (Seicho no ie)	1	0	1
Revisão do dia antes de dormir	1	0	1
Reiki	0	1	1
Não prática	10	11	21
Total	20	20	40

Quando inqueridos sobre o acometimento de algum tipo de doença, treze participantes do sexo masculino e doze participantes do sexo feminino indicaram possuir uma ou mais doenças. Em ordem decrescente, as doenças mais citadas pelos respondentes são apresentadas na tabela 8. Destaca-se o alto número de idosos com hipertensão, o que corrobora com o estudo realizado por Vieira (2011).

Tabela 8. *Tipos de doenças referidas pelos idosos*

Tipo de doença	Homens	Mulheres
Hipertensão	10	9
Diabetes	5	4
Hipotireoidismo	1	2
Câncer	2	0
Fibromialgia	0	1
Insuficiência cardíaca	0	1
Colesterol alto	0	1
Doença renal	1	0
Informou não ter nenhuma doença no momento	7	8

Quando questionados se costumavam buscar informações sobre cuidados corporais, 13 mulheres e 12 homens responderam que sim (25) e 7 mulheres e 8 homens informaram que não (15). Em ordem decrescente, os canais de informações mais referidos pelos idosos foram:

internet (14), televisão (9), o médico (6), revistas (4), livros (3) e jornal (1).

Duas perguntas foram feitas aos idosos, a fim de verificar o seu grau de concordância com práticas corporais adotadas para fins estéticos, mais e menos evasivos. A primeira pergunta foi “*qual sua opinião sobre o uso de cosméticos e medicamentos que retardam os sinais de envelhecimento?*” As respostas a esta pergunta, indicam que as mulheres são mais favoráveis ao uso de cosméticos e medicamentos que retardam os sinais de envelhecimento, em comparação com os participantes do sexo masculino, que se mostraram-se mais neutros a respeito do assunto, conforme demonstra a tabela 9.

Tabela 9. *Opinião dos participantes do sexo feminino e masculino sobre o uso de cosméticos e medicamentos para fins estéticos.*

Sexo	Opinião sobre o uso de cosméticos e medicamentos...			Total
	desfavorável	favorável	neutro	
feminino	5	12	3	20
masculino	5	6	9	20
Total	10	18	12	40

A segunda pergunta apresentada aos idosos foi, “*Qual sua opinião sobre fazer cirurgia plástica para fins estéticos?*”. As mulheres indicaram serem mais desfavoráveis à esta prática do que os homens. Em geral, as mulheres justificavam sua posição dizendo que era necessário aceitar o corpo como ele é. Já os homens, indicaram serem favoráveis, no entanto, três participantes afirmaram que a cirurgia plástica só deveria ser realizada para fins de reparação e reprovavam a realização de cirurgias unicamente para fins estéticos.

Tabela 10. *Opinião dos participantes do sexo feminino e masculino sobre a realização de cirurgias plásticas para fins estéticos.*

Sexo	Opinião sobre a realização de cirurgia plástica				Total
	desfavorável	favorável	neutro	favorável para fins de correções	
feminino	9	3	7	1	20
masculino	5	3	9	3	20
Total	14	6	16	4	40

5.2 BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E BEM-ESTAR SOCIAL

Os resultados das medidas de bem-estar psicológico e bem-estar social, indicaram homogeneidade nos escores observados em relação ao público feminino e masculino. Os escores médios das respostas dos participantes podem ser visualizados na tabela 11.

Tabela 11. *Médias dos tipos de bem-estar distribuídas segundo o sexo*

Sexo	Médias nos tipos de bem-estar			
	Afeto Positivo	Afeto Negativo	Fator 1: integração social	Fator 2: aceitação social
feminino	4,34	2,56	4,16	3,14
masculino	3,97	2,10	4,42	3,21

A partir da divisão dos escores de bem-estar psicológico e bem-estar social em variáveis nominais do tipo “alto e baixo”, foi possível comparar a distribuição dos níveis de bem-estar em relação aos participantes do sexo masculino e feminino. Em relação ao nível de bem-estar psicológico, observou-se que a maior parte das idosas possuem afeto positivo alto e afeto negativo alto. De forma oposta, a maior parte dos homens possuem afeto positivo baixo e afeto negativo baixo (tabela 12).

Tabela 12. *Distribuição de afeto positivo e negativo por sexo*

Sexo	Afeto Positivo		Afeto negativo	
	Alto	Baixo	Alto	Baixo
feminino	13	7	15	5
masculino	8	12	7	13
Total	21	19	22	18

Em relação à medida de bem-estar social, os homens tiveram resultados melhores do que as mulheres. Na distribuição dos participantes a partir da variável “sexo”, observou-se que a maior parte dos homens apresentaram integração social alto e aceitação social alto (tabela 13).

Tabela 13. *Distribuição de integração social e aceitação social por sexo*

Sexo	Fator 1: integração social		Fator 2: aceitação social	
	Alto	Baixo	Alto	Baixo
feminino	9	11	13	7
masculino	12	8	10	10
Total	21	19	23	17

atividades físicas, a Classe 1 um objeto metafísico e a Classe 3 um objeto social. Conforme pode ser verificado no dendrograma (Figura 2), foram selecionadas as primeiras 20 palavras dos segmentos de texto típicos de cada Classe, tendo como critério de seleção a ordem decrescente de associação baseada no valor de χ^2 entre os ST's e a classe. O dendrograma também apresenta a associação das 4 classes com as variáveis de identificação e as duas temáticas que nortearam as entrevistas (corpo e cuidados corporais).

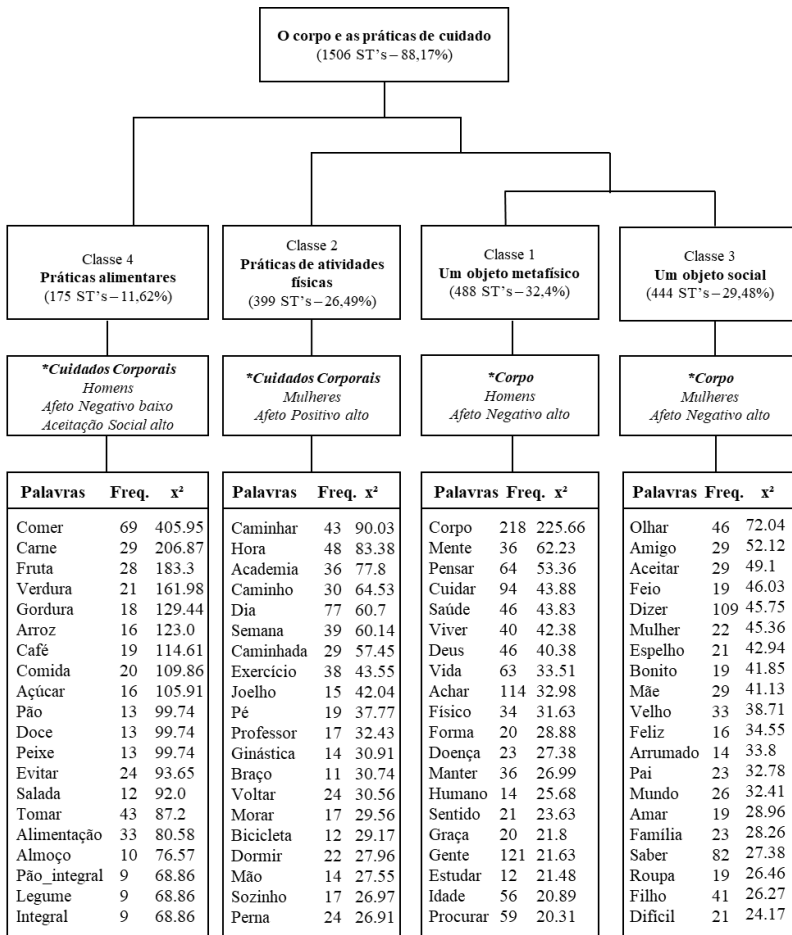


Figura 2. Dendrograma do Corpus bitemático: “o corpo e as práticas de cuidado”

A Classe 4, denominada de *Práticas alimentares*, é formada por 175 ST's, o que representa 11,62% dos ST's do *corpus* analisado. Os elementos relacionados a esta Classe expressam cuidados referentes à alimentação com o objetivo de manter a saúde física e a funcionalidade do corpo. Esses cuidados se traduzem pelo comportamento de ingerir alimentos que sejam saudáveis, naturais, integrais e evitar alimentos que possam ser nocivos à saúde. Os idosos citam que alimentos como a carne vermelha, açúcares, comidas gordurosas, carboidratos, produtos enlatados e alimentos com agrotóxico, podem ser fontes de doenças e malefícios à saúde. Os cuidados com a alimentação denotam uma preocupação com a possibilidade de os idosos contraírem novas doenças no futuro, o que poderia comprometer a qualidade de vida destes.

Eu procuro não comer muita massa, não comer muito pão. Pão eu como, pão integral. E sei das dificuldades que as pessoas têm, porque ingerem muita massa, por causa do carboidrato. Isso vai prejudicando o organismo da pessoa. Futuramente a pessoa pode se tornar diabética. A pessoa que ingere muita gordura, pode ter também problemas cardíacos. Pode ter colesterol. Então, eu cuido da alimentação para isso. Para eu não ter esses problemas no futuro (Participante 36, sexo masculino, 60 anos).

[...] cuidar da alimentação. Isso sim é obrigado. Evitar a gordura, não comer muito enlatado, coisas industrializadas, porque isso traz prejuízos para o corpo da gente (Participante 37, sexo masculino, 76 anos).

Os participantes predominantemente associados a esta Classe são pessoas do sexo masculino, com afeto negativo baixo e nível de aceitação social alto. O afeto negativo baixo é um indicativo de estado de calma e serenidade (Watson, Clark & Tellegen, 1988) e o nível de aceitação alto expressa a capacidade dos indivíduos confiarem e acreditarem nas pessoas do seu entorno (Keyes, 1998). A indicação de cuidar do corpo por meio do ato de comer, é alusiva ao cuidado com a dimensão interior do corpo. Principalmente, remete à busca evitar doenças crônicas, como o diabetes e o colesterol, que podem ser associadas à uma dieta incorreta:

Como pão integral, arroz integral, pois a minha diabete estava muito alta. Agora ela está mais ou menos em 120, está controlada. Para mim eu acho que é o ideal, não precisa ser mais baixa do que isso, não muito alta porque vai. Mas todos os meus órgãos, porque eu fiz exames, estão funcionando normalmente. O único problema é que as

vezes o colesterol ele sobe e desce (Participante 39, sexo masculino, 66 anos).

A Classe 2 expressa os cuidados com o corpo associados à prática de atividades físicas. O termo atividade física foi adotado, por representar qualquer tipo de movimento corporal que resulte em gasto calórico (Matsudo, Matsudo & Neto, 2001), sendo mais abrangente do que exercício físico, por exemplo. A Classe *práticas de atividades físicas* contém 399 ST's, 26,49% do total de ST's do *corpus*. Essa Classe está associada aos idosos do sexo feminino, pessoas que realizam atividades físicas e que possuem afeto positivo alto. O afeto positivo é um bom indicador de bem-estar psicológico, pois revela um estado de alta energia, boa concentração e engajamento prazeroso (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

Nas respostas das participantes, a atividade física é associada com várias finalidades. Em alguns contextos, esta prática justifica-se pela busca de uma saúde melhor, melhor funcionamento circulatório e mais disposição para realizar as atividades cotidianas. No contexto da estética, associa-se ao emagrecimento do corpo. As idosas também justificam esta prática pelo bem-estar que atividade física proporciona. A caminhada é a atividade física mais citada por todos os idosos participantes da pesquisa. Nesta Classe ela também aparece como elemento central na organização das práticas de cuidados corporal:

A caminhada, as vezes eu dou uma parada. Como eu parei no ano passado, porque eu quebrei o pé. Eu fiquei sem caminhar. Agora eu já retomei, porque eu sinto a necessidade. Também para emagrecer um pouco, para manter o corpo mais em forma [...] E a caminhada é muito bom. Você começa a caminhar e se sente um pouco cansada, mas depois no outro dia você já se sente disposto. Eu caminhou numa área plana, então é tranquilo (Participante 18, sexo feminino, 65 anos).

Eu procuro caminhar para melhorar a circulação. Tomar um pouco de sol. Aqui é difícil, pois o sol é muito forte. Enfim, é isso. É tudo um pouco, não é nada exagerado. Mas eu procuro me cuidar, caminhar, fazer relaxamento (Participante 05, sexo feminino, 68 anos).

Os segmentos de texto da Classe 2 também indicam a necessidade percebida pelos idosos de adaptar as atividades realizadas à sua condição física. A percepção do desgaste físico, é representado pela palavra “joelho”, citada em 15 segmentos de texto, associada à dores físicas. Porém, mesmo com algum tipo de desgaste físico, os idosos afirmam a

importância de manter o hábito de se exercitar fisicamente, ainda que seja necessário realizar a adaptação do tipo de atividade. Em alguns relatos, a atividade física é considerada como importante para a manutenção do corpo e diminuição das dores decorrentes do desgaste físico.

Eu faço pilates duas vezes por semana. Porque antes eu fiz dez anos de academia. Fazia esteira, fazia braços e pernas, fazia tudo na academia. Como eu comecei a ter falta de força nos joelhos e falta de equilíbrio, então o médico pediu que eu passasse para o pilates, para fortalecer as juntas (Participante 16, sexo feminino, 71 anos).

Apesar de eu ter várias limitações, procuro não pensar muito nelas e vou em frente. Por exemplo, eu faço academia. As vezes dá preguiça de ir, eu sinto que é importante fazer academia, parece que diminui as dores. Parece não, realmente diminui as dores do corpo. Então o corpo é tudo. [...] Porque vai fortalecendo a musculatura. O que é que tem na nossa idade a gente tem que fortalecer. Eu acho que todo mundo tem que fortalecer, mas principalmente na velhice, senão cai tudo. Então o fortalecimento na academia eu faço isso. Alongamento e fortalecimento. [...] Por isso que atividade física, graças a Deus melhorou bastante depois que eu comecei a fazer academia, porque fortalece. É isso que falta. Os nossos músculos precisam estar fortes para aguentar o esqueleto. O esqueleto também, de tanto que vai andando, justamente onde mais a gente gasta, por exemplo aqui bate osso no osso e na coluna é a mesma coisa. Porque eu trabalhei muito em pé durante a minha vida. Em sala de aula não tem como ficar sentada (Participante 19, sexo feminino, 68 anos).

Conforme pôde ser verificado, as Classes 4 e 2 se relacionaram com a temática 2 (cuidados corporais) da entrevista, que tratou de identificar os tipos de cuidados corporais adotados pelos idosos. Pode-se observar que as práticas de cuidados relacionadas com alimentação foram predominantemente associadas aos participantes do sexo masculino, enquanto que as práticas relacionadas às atividades físicas revelaram maior associação com as participantes do sexo feminino. A seguir serão descritas as Classes 1 e 3, que foram indicadas pela CHD como associadas à temática 1 (corpo), que buscou identificar as representações sociais do corpo na perspectiva dos idosos.

A Classe 1, nomeada como *um objeto metafísico*, contém 488 ST's, reteve 32,4% dos ST's do *corpus*, o que a identifica como a Classe com maior retenção de ST's do *corpus*. Essa Classe é associada aos participantes do sexo masculino, pessoas que não realizam atividades físicas e que possuem afeto negativo alto, que se caracteriza por um estado de tristeza e letargia (Watson, Clark & Tellegen, 1988). Nessa Classe, os

conteúdos dos segmentos de textos referem-se ao corpo como um objeto dado por Deus, o corpo é percebido com a casa de Deus, a habitação de um espírito, da mente ou ainda do próprio intelecto. A necessidade de cuidar do corpo em algumas falas é atribuída ao fato do corpo ser uma concessão feita por Deus.

Bom, uma frase muito importante sobre isso é, meu corpo é como Deus fez, como foi concebido. Não poderia ser melhor. E ainda bem que é assim, a gente tem os membros praticamente perfeitos (Participante 2, masculino, 68 anos).

O corpo na verdade é um instrumento que você dispõe para poder existir, para poder agir no meio em que você vive. Cada ser humano utiliza esse corpo de uma forma diferente [...] ele é a casa onde habita o nosso cérebro, nosso intelecto e o nosso espírito (Participante 31, masculino, 62 anos).

A noção do corpo enquanto um objeto que está para além da sua dimensão física, revestido de significados ancorados em elementos religiosos/espirituais, imateriais é corroborada pela importância que os participantes representados por esta Classe concedem à ideia de mente. Numa hierarquia de valores, a mente está acima do corpo. Neste sentido a mente é concebida como uma realidade capaz de determinar a própria saúde física:

A nossa mente tem que estar ligada nas coisas boas. Porque se a mente está boa, sadia, o meu corpo também está sadio. Se o meu cérebro, a minha mente não está sadia o meu corpo vai adoecer, entendesse? (Participante 40, masculino, 60 anos)

Você tem que manter uma mente perfeita para manter a saúde, você tem que ser uma pessoa assim determinada, organizada e persistente e acreditar na tua cura, no teu bem-estar. (participante 33, masculino, 84 anos)

Paralelamente à visão do corpo enquanto *um objeto metafísico*, os participantes do sexo masculino também concebem o corpo a partir de imagens muito típicas de seu universo cultural mais imediato. Comparam o corpo a um carro, uma máquina ou a uma ferramenta. Estas comparações são indicativas do valor concedido à dimensão funcional do corpo.

É a mesma coisa que um carro, certa altura tem que procurar os profissionais da saúde mesmo e ir atrás. Isso, se você não cuidar uma

hora o carro vai parar e pronto, é a mesma coisa o corpo. Se você não cuidar uma hora ele para [...] O que eu fazia com 40 anos, com 60 eu tinha os meus limites. A mesma coisa é hoje, eu estou com 76, tenho as minhas limitações, porque o corpo tem um desgaste como tem o carro. (Participante 37, masculino, 76 anos).

O nosso corpo é a nossa mola mestra. No caso é a nossa sustentação. Quando a gente é novo, a gente não dá muita importância para certas coisas (Participante 39, masculino, 66 anos)

É uma série de fatores, porque o nosso corpo é uma máquina perfeita (Participante 4, sexo masculino, 66 anos).

Bom, o que eu penso sobre o corpo. Se é que dar para usar a palavra ferramenta, ele é uma ferramenta com a qual eu posso viver, interagir, perceber o mundo e ao mesmo tempo eu reconheço assim que eu não tenho mais aquele vigor, aquela força do tempo da juventude (Participante 35, masculino, 66 anos).

Observa-se que quando o corpo é ancorado na metáfora do carro, da máquina ou do instrumento, sua concepção recai para realidades mais tangíveis e menos imateriais – representação metafísica. Ainda assim, o uso da metáfora serve para reforçar a impessoalidade na vivência corporal dos homens e neste contexto realça apenas os aspectos relacionados a preocupação com o seu funcionamento.

Finalmente a Classe 3, expressa a representação do corpo enquanto *objeto social*. Nesta Classe predominam os segmentos de textos associados as participantes do sexo feminino, com afeto negativo alto, o que é indicador de um estado de tristeza e mal-estar psicológico. Essa Classe é composta por 444 ST's e reteve 29,48% dos ST's do *corpus*. As palavras olhar, aceitar, feio, bonito, espelho, arrumado, roupa, revelam ST's cujos conteúdos indicam uma representação social a partir de predicados referentes ao corpo enquanto um objeto constituído por valores e normas. Não obstante, são estas normas definem as adjetivações do corpo em nossa sociedade: corpo velho, feio, bonito, magro, alto, etc.

O conteúdo das falas dos participantes, revelam a percepção de que seus corpos estão envelhecendo, e que frente ao espelho os sinais da velhice já são aparentes. A pele que deixa de ser lisa, as rugas que aparecem, os cabelos brancos e o desgaste físico são marcadores que anunciam o tempo que passou e que continuará oferecendo seus efeitos no corpo. Ao mesmo tempo indicam a aceitação do corpo envelhecido e a importância de cuidá-lo para continuar envelhecendo com saúde.

Então, eu estou achando que se eu cuidar da alimentação e fazer exercícios consigo manter como eu estou. Acho importante continuar envelhecendo com saúde. Então eu não me queixo. Tudo bem, a gente nota, se olha no espelho e você vê que não está mais jovem. Já está com uma ruga a mais. Porém, eu estou tranquila neste ponto. Eu estou muito bem com a minha família. O marido nunca se queixou, então eu acho que o importante é eu estar bem psicologicamente e aceitar as mudanças que a gente sabe que vão continuar (Participante 16, sexo feminino, 71 anos).

Mas eu particularmente me amo, do meu jeito. E é isso. Me aceito. Aceito, me olho. Ainda hoje me olhei no espelho e disse, como estou gostosa ainda (risos). Ainda estou bonita. Eu estou me aceitando do jeito que eu estou. Acho que isso é muito bom para mim (Participante 8, sexo feminino, 61 anos).

Eu me olho no espelho e vejo que a mudança foi bem grande. Então é uma coisa que você também tem que se adaptar, você tem que aceitar, porque isso é da natureza (Participante 9, sexo feminino, 84 anos).

O cuidado com as roupas e com a aparência são conteúdos que aparecem de forma recorrente na fala das mulheres. Estas, e não os homens, parecem se preocupar mais em estarem bem vestidas, e declaram que a sociedade em geral possui atitudes mais positivas com pessoas que se apresentam com melhor aparência.

Sim, a pessoa com aparência, uma roupa mais arrumada, isso é uma verdade, porque eu já passei por isso algumas vezes. Se você for numa loja bem simples, como eu estou agora, se eu for lá em Florianópolis numa loja, eles não dão nem a mínima para a gente. Acontece essas coisas e se a pessoa estiver bem arrumada o atendimento é outro. Isso eu sei, porque eu já passei por isso. Em qualquer lugar que a gente vá, é loja, é qualquer lugar. Pode ser no médico, não digo assim no médico, médico particular. Se a gente vai bem arrumada o atendimento é outro [...] A sociedade em geral, é como eu falei para você, se o idoso está bem arrumado, bem cheiroso, é bem aceito (Participante 20, sexo feminino, 77 anos).

Após a descrição das Classes 1 e 3, é possível gerar algumas hipóteses iniciais sobre as representações sociais do corpo para os idosos do sexo masculino e feminino. A Classe 1, associada aos homens, parece indicar que estes possuem uma representação do corpo que não é afetada por aspectos normativos. Por outro lado, as mulheres atribuem

importância aos aspectos ligados à aparência. Num primeiro olhar, parece que os homens representam o corpo a partir de aspectos “metafísicos” e “imateriais” por não terem uma relação tão íntima como o próprio corpo, tal qual é possível perceber nas mulheres. Tal concepção parece ficar mais clara na fala do participante 38 quando afirma: “Sobre o meu corpo? Sabe que eu nunca parei para pensar sobre o que eu penso sobre o meu corpo. Eu acho que normalmente a gente pensa no corpo quando alguma coisa está errada.” (Participante 38, sexo masculino, 63 anos). Esta discussão será melhor delineada na próxima seção.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como forma de organizar este tópico, a discussão dos dados será realizada em torno dos objetivos gerais da pesquisa. Assim, num primeiro momento serão apresentados os achados referentes às representações sociais do corpo dos idosos. Em seguida, serão discutidos os resultados referentes às práticas de cuidados corporais. Num terceiro momento, será realizada a discussão sobre os dados obtidos através das medidas de bem-estar psicológico e bem-estar social. Por fim, serão discutidas as relações encontradas entre as representações sociais do corpo, bem-estar psicológico e bem-estar social e as práticas de cuidado corporal adotadas pelos participantes do estudo.

6.1 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CORPO PARA HOMENS E MULHERES IDOSOS

A análise do *corpus* textual, gerado a partir da entrevista bitemática, demonstrou que os idosos possuem duas representações sociais do corpo, que foram associados na CHD às Classes 1 e 3. A Classe 1, associada aos participantes do sexo masculino, recebeu o nome de “*um objeto metafísico*”. Por sua vez, a Classe 3, associada às participantes do sexo feminino, recebeu o nome “*um objeto social*”. A associação destas Classes com os respectivos sexos e o conteúdo dos seus ST’s, reitera o que a literatura tem documentado sobre a influência da variável sexo na elaboração das representações sociais (Veloz, Nascimento-Schulze, & Camargo, 1999; Torres *et al.* 2015), o que também é observado nos estudos sobre a representação social do corpo (Camargo, Justo, & Jodelet, 2010; Jodelet, 1984/2017a; Jodelet, 1982/2017b).

Os elementos que organizam a percepção do corpo, presentes na Classe 1 “*um objeto metafísico*”, indicam que para os homens o corpo ancora-se em imagens e exemplos de características imateriais. O corpo é uma doação divina, a habitação do espírito e da mente. Não são referidas nesta Classe, por exemplo, a noção do corpo enquanto um objeto localizado no plano orgânico ou da vivência corporal. Isso pode indicar a falta de experiência que os homens possuem de falarem sobre aspectos relacionados ao próprio corpo. Desse modo, durante a entrevista, quando recorrem a “*imagens metafísicas do corpo*” parecem indicar um distanciamento em relação a este objeto. As experiências corporais mais imediatas podem ser tomadas, ainda, como um tabu para os idosos do sexo masculino associados à esta Classe.

Encontram-se nesta análise, algumas correspondências com o estudo conduzido na França por Jodelet (1984/2017a), onde observou-se que em comparação com as mulheres, os homens referiam-se aos seus corpos de maneira mais abstrata. A abordagem impessoal do próprio corpo seria um modo de refugiar-se e escamotear vivências corporais mais diretas. Os homens parecem ter dificuldades de expressar as experiências da sua relação com o próprio corpo, reservando-as para o plano do privado. A concepção de corpo, associada aos participantes do sexo masculino indica também um afastamento da sua dimensão social. Não há preocupações com a aparência física ou com fatores associadas ao corpo como um meio de relação com os outros e com o mundo. O corpo é algo doado por Deus. Deve-se apenas aceitá-lo do modo como ele foi concebido, conforme o relato apresentado na seguinte fala.

O corpo que eu tenho foi aquele que Deus me deu. E eu não posso ter raiva do meu corpo. Por mais que eu possa ter algum defeito, alguma coisa. Eu tenho que estar satisfeito com esse corpo, que Deus me deu. (Participante 1, sexo masculino, 75 anos).

Esta forma de abordar o corpo, ancorada em elementos culturais e religiosos do cristianismo, que entende o corpo humano como uma criação divina, parece ser sustentada pelas práticas de meditação e cuidado corporal referidas pelos idosos do sexo masculino. Conforme indicado nos resultados deste estudo, a prática da “oração e leitura bíblica” foi referida como a “prática de meditação” mais citada pelos homens. Para estes idosos, a observação desta prática é importante para a manutenção da saúde física e mental. Lucchetti et al.(2011), em uma revisão sobre o idoso e a espiritualidade, identificaram que o retorno à prática religiosa é um fenômeno comum entre os idosos, visto que a finitude da vida e a experiência da morte de pessoas próximas, conduzem as pessoas a busca de respostas que podem ser encontradas nos sistemas de crenças das religiões. Gutz e Camargo (2013) afirmam que a espiritualidade na velhice pode ser um recurso importante para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas na velhice, o que pode explicar a adesão dos idosos à práticas e representações do corpo ligadas a elementos relacionados aos elementos da religião.

Para os homens idosos, mais importante do que se preocupar com a aparência física, o cuidado com o corpo envolve a prevenção de doenças e manutenção de sua estabilidade funcional, seja do ponto de vista físico ou mental. Tais preocupações, também foram registradas na pesquisa realizada por Coutinho, Tomazeti e Acosta (2013). Durante as entrevistas

alguns idosos do sexo masculino, demonstraram se preocupar em relação ao futuro, principalmente no que tange a possibilidade de dependerem de terceiros para a realização de tarefas cotidianas, como tomar banho, se vestir etc.

Eu não gostaria de estar parado como um vegetal, tendo que ter uma pessoa grudada em mim, para poder me limpar. Isso eu me preocupo [...] ficar dependente de um terceiro. Um pensamento particular, da minha preocupação com o meu corpo, com a minha saúde, de não ser um transtorno para as pessoas lá no futuro (Participante 34, sexo masculino, 60 anos)

Por meio das falas dos homens, também foi possível identificar uma objetificação do corpo em imagens relacionadas tradicionalmente ao universo masculino: o corpo como um carro, uma ferramenta ou uma máquina perfeita. A comparação do corpo com estes objetos parece indicar que, no imaginário masculino, o corpo deve ser algo que demonstre potência, seja ativo, que funcione de maneira adequada, seja uma “máquina perfeita”. Na pesquisa de Ludgleydson, Amaral e Sá, (2011), sobre as representações sociais do corpo dos idosos do sexo masculino, os autores identificaram que os participantes consideravam o envelhecimento do corpo como um evento natural, não se preocupando com aspectos relacionados à aparência física, mas com fatores associados ao funcionamento do corpo. Esta posição ficou registrada na fala de um dos participantes desta pesquisa, quando associou que seu envelhecimento foi percebido quando da diminuição de sua força física.

Hoje eu sinto que a minha força é muito limitada, por aquilo que antes eu fazia [...] Às vezes eu digo, isso é baixo, salto fácil. Mas você vai saltar e tropeça e cai. E aí você vê que na tua mente aquilo era fácil, mas os teus músculos já dizem para ir devagar. Um buraco daqui até lá eu pulava fácil. Agora hoje se eu pular daqui ali eu já tenho o risco de cair. São coisas assim que a gente vai limitando e que o nosso corpo vai se limitando (Participante 39, sexo masculino, 66 anos).

A Classe 3, denominada “*um objeto social*”, teve seus segmentos de textos associados às participantes do sexo feminino. A vivência corporal das mulheres é marcada pela presença das normas e dos valores sociais. O “espelho” e o “olhar” são elementos importantes na organização desta Classe. Eles denotam a preocupação das mulheres em estarem satisfeitas com o corpo “para si mesmas” e para os outros. As

mulheres abordam o corpo a partir de sua “vivência corporal” e também da “interação social”, que respectivamente aludem à ideia dos referenciais subjetivos e sociais, propostos Jodelet (1984/2017a).

Na perspectiva do referencial subjetivo, marcado pela vivência corporal, as falas das participantes do sexo feminino indicam a percepção de que o corpo está envelhecendo, como pode ser percebido no seguinte relato.

Às vezes eu vou diante do espelho e tenho saudades daquele corpo bonito que eu tinha, mas depois eu penso bem, penso melhor e acho assim, bom se eu cheguei até essa idade, claro que o corpo vai defasando. Ele não vai ficar igual. As vezes fica só aquela saudade, mas a gente continua gostando do corpo que tem, de como ele é (Participante 15, sexo feminino, 83 anos).

Este registro do envelhecimento do corpo “que vai se defasando” é feito também a partir da constatação de que a pele está mudando e de que as rugas estão aparecendo. Apesar de notarem os efeitos do tempo e do envelhecimento sobre o corpo, as participantes do sexo feminino relatam que estão satisfeitas com o próprio corpo. A palavra “aceitar”, presente nesta Classe em 29 ST’s, indica que as mulheres aceitam o corpo do modo como ele se mostra no presente. O que pode denotar que as pressões normativas para a manutenção de um corpo idealizado pelo meio social diminuem a medida de que os anos se passam. Na pesquisa de Camargo, Justo e Alves (2011), observou-se que as diferenças geracionais foram mais marcantes do que as diferenças entre sexo para a organização da representação social do corpo dos participantes pesquisados, sendo que os mais jovens davam mais importância a estética do que os mais velhos. No entanto, a aceitação do próprio corpo é indicada com uma conquista difícil para algumas idosas, tal como ficou evidenciada em uma das entrevistas.

Olha, hoje eu aceito muito melhor o meu corpo. Para mim foi muito difícil, porque minha família o corpo e a aparência física sempre foram algo muito importante. A aparência sempre foi algo muito importante, sobre o que os outros vão pensar (Participante 06, sexo feminino, 64 anos).

O peso da normatividade e dos valores socialmente construídos sobre o corpo, ainda que atenuados com o passar do tempo, recaem de maneira mais intensa sobre as mulheres (Camargo, Justo & Jodelet, 2010).

Sob o prisma do referencial social (Jodelet, 1984/2017a), observou-se que o corpo, para as idosas, é percebido como um objeto na interação social a partir da preocupação com a própria aparência. Estar com “uma roupa mais arrumada”, aparece como um elemento importante para receber um tratamento diferenciado dos outros. Alferes (2006), ao descrever os determinantes da atração interpessoal, coloca a aparência física em local de destaque. Para o autor, mesmo que não exista uma razão consistente que dê sentido, o fato é que pessoas fisicamente mais belas são facilmente associadas a traços de personalidade mais positivos. Simultaneamente, estar arrumada para as mulheres é indicativo de satisfação pessoal. “*Gosto de me pintar, gosto de me arrumar, gosto de me sentir bonita*” (Participante, 6, sexo feminino, 64 anos).

Em um estudo realizado no Reino Unido, que buscou investigar as preocupações da imagem corporal das mulheres e homens e suas atitudes em relação ao envelhecimento, identificou-se que enquanto os homens concentravam sua atenção na funcionalidade do corpo, as mulheres tendiam a prestar mais atenção na aparência (Halliwell & Dittmar, 2003). No Brasil, Secchi, Camargo e Bertoldo (2009), num estudo sobre a percepção da imagem corporal, realizado com estudantes universitárias do sexo feminino, identificaram que as mulheres representam seus corpos a partir de três contextos, sendo que um destes contextos o corpo é representado como “imagem e meio de comunicação”. Apesar destes estudos não terem sido direcionados para o público idoso, eles corroboram com ideia de que as mulheres associam o corpo como um objeto de interação social. O corpo é um meio de se comunicar com os outros, de modo que os cuidados com a aparência são importantes para que se obter maior êxito nas relações sociais. A dimensão social do corpo parece ser mais saliente para as mulheres do que para os homens.

Verifica-se, a partir dos relatos dos participantes, que os homens e as mulheres representam socialmente os seus corpos por meio de categorias distintas. Os homens, influenciados por elementos da religião, ancoram o corpo em imagens que os afastam de sua vivência física, atribuindo a este objeto uma visão naturalizada e abstrata, como algo que é doado por Deus. Para os participantes do sexo masculino, o valor do corpo está sua funcionalidade. Ter um corpo saudável, “*cuidar do corpo para ter uma vida mais saudável* (Participante 34, sexo masculino, 61 anos)”, tal como referido na metáfora do carro, sintetiza a ideia de que a representação do corpo para os homens idosos é organizada em torno da noção de funcionalidade e da saúde física. Por sua vez, as mulheres representam seus corpos como um objeto social. As palavras “olhar”, “aceitar”, “feio”, “espalho”, “bonito”, “arrumado” e “roupa”, indicam que

a representação do corpo para as idosas organiza-se a partir de padrões estéticos, ancorados na ideia de que a aparência é algo importante.

O contraste entre o corpo masculino, representado pela noção de um objeto metafísico e o corpo feminino pela noção de um corpo social, parecem caracterizar as formas como este objeto é representado pelos idosos. A análise de contrastes do conteúdo da temática 1 da entrevista, relacionada ao corpo, permitiu verificar estas diferenças, a partir da comparação direta dos elementos mais presentes nas respostas dos participantes dos sexos feminino e masculino. As palavras “gosto”, “amar”, “filho” e “aceitar” foram associadas como pertencentes às falas das mulheres e as palavras “humano”, “funcionar”, “viver” e “manter”, aos homens. Estas palavras são apresentadas na figura 3, sucedidas de um segmento de texto que serve para contextualizar o sentido de cada palavra.

Participantes do sexo feminino

- **Gosto:** *Eu gosto de mim como eu sou. Como era antes e como eu sou agora. Mudanças, muitas mudanças... Eu começo a ver fotografias: - mas olha aqui eu, olha que maravilha! Nem acredito que sou eu. Eu faço assim e estou sempre me gostando. Sempre gostei de mim, sempre (Participante 9, 84 anos).*
- **Amar:** *Eu amo o meu corpo. Eu amo o meu corpo. Procuro fazer tudo para ele estar bem. Minhas vestes, procuro andar bem cuidada. Não exagerada, bem cuidada. É importante (Participante 10, 78 anos).*
- **Filho:** *Às vezes meu filho fica brincando: - na idade da mãe não é mais para usar essas roupas, porque a mãe já está velha (Participante 17, 64 anos).*
- **Aceitar:** *Hoje eu ainda tenho vergonha do meu corpo. Eu tenho coisas no meu corpo que eu não aceito. Mas já encaro melhor. Mas as vezes, quando eu me vejo, por mais que eu tenha consciência, por mais que eu perceba que é uma bobagem e que a aparência não é nada, eu ainda me pego pensando nisso (Participante 06, 64 anos).*

Participantes do sexo masculino

- **Humano:** *Então penso, eu procuro pautar as minhas ações a partir do intelecto. Procuro fazer isso, nem sempre eu consigo, isso é próprio do ser humano. Então o corpo é apenas um instrumento. Como eu o represento, como um instrumento necessário para as minhas ações intelectuais (Participante 31, 62 anos).*
- **Funcionar:** *E eu tenho assim plena consciência de que se eu não me exercitar agora e eu não manter os músculos funcionando bem, eu vou ter problemas na velhice maior. Porque velho eu já estou, com 70 anos (Participante 30, 70 anos).*
- **Viver:** *Bom, o que eu penso sobre o corpo. Se é que dar para usar a palavra ferramenta, ele é uma ferramenta com a qual eu posso viver, interagir, perceber o mundo (Participante 35, 66 anos).*
- **Manter:** *E a minha saúde, não é cem por cento como eu queria, mas mantenho. E eu tenho diabetes, então eu tenho que cuidar na quantidade de açúcar que eu como (Participante 39, 66 anos).*

Figura 3. Análise de contrastes do subcorpus referente às respostas da temática 1 – o corpo.

6.2 AS PRÁTICAS DE CUIDADOS CORPORAIS DE HOMENS E MULHERES IDOSOS

A análise realizada a partir da CHD identificou duas Classes referentes a prática de cuidado corporal dos idosos. A Classe 4 “*práticas alimentares*” teve maior associação aos participantes do sexo masculino e a Classe 2 “*práticas de atividades físicas*” foi mais representativa do público feminino.

Os conteúdos reunidos na Classe 4 abordam práticas de cuidados corporais associadas aos participantes do sexo masculino centralizadas nos cuidados alimentares. As palavras “comer”, “carne”, “verdura”, “arroz”, referem-se a cuidados com o tipo de alimentos que devem ser evitados ou adicionados à dieta. O que motiva os participantes representados por esta Classe é evitar que o corpo possa adoecer, que ele não venha ter problemas futuros. A prática tem um foco associado à manutenção da saúde e ao funcionamento do corpo. Existe a preocupação de evitar doenças que possam comprometer o desempenho do corpo, principalmente no que se refere ao bom funcionamento dos órgãos internos.

Os idosos responderam ainda que evitam ingerir açúcar, comidas industrializadas (enlatados e embutidos), comidas gordurosas, pois entendem que estes alimentos causam doenças. Quando podem, indicam que preferem uma dieta mais balanceada, conforme pode ser identificado na fala “*Comidas saudáveis, frutas, verduras. A gente come carne vermelha mais no final de semana. Durante a semana come mais peixes e carne branca (Participante 1, sexo masculino, 75 anos)* ou ainda no seguinte relato: “*Costumo mais comer o peixe, legumes, cereais, frutas e frequento muito casas de produtos naturais*” (Participante 2, sexo masculino, 68 anos). Algo que chamou atenção durante as entrevistas foi a referência dos idosos (participantes 22, 66 anos e 34, 61 anos) de que o consumo de alimentos mais saudáveis é dificultado por conta dos preços mais altos destes produtos. Ambos relataram que consideram importante ter uma alimentação saudável, mas que em algumas ocasiões a falta de recursos financeiros faz com que seja necessário adquirir alimentos mais baratos e menos saudáveis. O Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil) tem observado que a prática de preços baixos de alimentos de baixa qualidade nutricional e os altos preços de alimentos de melhor qualidade, são ainda barreiras que dificultam a criação de hábitos saudáveis da população mais pobre (ILC-Brasil, 2015).

As repostas dos idosos demonstram um bom nível de conhecimento em relação aos valores nutricionais dos alimentos, o que contribui para o cuidado com a alimentação. A Organização Mundial da Saúde, afirma que a alimentação saudável é um dos fatores que contribuem para a melhor qualidade de vida dos idosos, além de evitar o aparecimento de doenças crônicas, das quais grande parte são consequências da falta de cuidados com a saúde em estágios de desenvolvimento anteriores a velhice (WHO, 2005).

A partir da análise dos ST's da Classe 4, percebe-se que o cuidado com a alimentação não é referido como uma demanda estética. Os idosos orientam a prática do cuidado com a alimentação a partir de uma preocupação com a saúde e o bem-estar. Por exemplo, a palavra “gordura” quando evocada, não indica é indicativa de gordura corporal ou sobrepeso. Refere-se a hábito de não comer alimentos “com gordura”, com o objetivo da manutenção das funções fisiológicas, conforme indicado no trecho: “*Evito gordura, açúcar, doce somente de vez em quando. E os meus exames de laboratório são sempre perfeitos, colesterol baixo, nível de açúcar no sangue baixo* (Participante 30, sexo masculino, 70 anos).

As mudanças em relação aos hábitos alimentares e o cuidado com a saúde são referidas pelos idosos do sexo masculino como uma prática decorrente da idade e também das orientações recebidas pelos médicos e profissionais de saúde. As mudanças decorrentes da idade são explicitadas na seguinte fala:

Olha o que me despertou, é uma pergunta muito importante. É como eu estava falando anteriormente, é agora que eu percebi e que eu me despertei que eu estou chegando numa idade, 60 anos de idade e daqui para frente eu tive que ficar mais atento, mais esperto. Porque agora, daqui para frente, cada ano que passa é lucro. É lucro de vida (Participante 40, sexo masculino, 60 anos).

Sobre as orientações recebidas pelos médicos, a fala do Participante 14, mostra o quanto aspectos relacionados à saúde são desconhecidos pelo público geral, acentuando a importância de programas e serviços de saúde que possam orientar as pessoas quanto ao cuidado com o seu corpo.

A partir desse programa eu aprendi. Agora você vê, há quatro anos atrás é que eu fui aprender um pouquinho. Graças a essa médica. Eu não sabia o que era uma taxa de colesterol, certo. Eu não sabia. Sessenta e sete menos quatro, seria o que sessenta e três. Sessenta e dois para sessenta e três e eu não tinha ouvido

falar em taxa de colesterol, desse triglicérideos. Não sabia o que era isso. [...] Eu nunca tinha tirado a taxa de açúcar, a glicose. Eu não sabia. Poderia ser um diabo e eu não sabia. Como de fato eu fui orientado por essa médica. (participante 14, sexo masculino, 67 anos).

Esse participante relatou durante a entrevista, que após receber as orientações médicas, passou a cuidar mais do seu corpo com a adesão a atividades físicas e cuidados com a alimentação. Modificando seus hábitos, parou de fumar e passou a cuidar mais de sua saúde.

Com relação às práticas de cuidados corporais, representados pela Classe 2 “práticas de atividades físicas”, pode-se observar uma maior associação dos ST’s às participantes do sexo feminino. Essa Classe expressa pelo menos cinco fatores relacionadas com a prática de atividade física:

- a) O tipo de atividade física realizada, cujos segmentos de textos são representados pelas palavras: “caminhar”, “academia”, “caminho”, “caminhada”, “exercício”, “ginástica”, “bicicleta” e “dormir”;
- b) O fator tempo: “hora”, “dia”, “semana” e “voltar”;
- c) Partes do corpo: “joelho”, “pé”, “braço”, “mão” e “perna”;
- d) Profissional que auxilia na prática de atividade física: “professor”;
- e) Situação referente ao espaço da casa e também à autonomia: “morar” e “sozinho”.

A caminhada é atividade física mais popular. Dos 28 idosos que indicaram realizar algum tipo de atividade física frequente, 15 indicaram que faziam caminhadas. Para as mulheres a caminhada é uma atividade física que traz benefícios para o corpo, revigorando a disposição para realizar as demais atividades do dia. Seus relatos indicam que após a atividade física, experimentam bem-estar. Em geral, as mulheres que realizam algum tipo de atividade física percebem que este tipo de atividade traz ganhos para a saúde. Neste aspecto, homens e mulheres indicam respostas parecidas. A fala dos participantes indica a percepção de que a prática da atividade física melhora sua qualidade de vida. Numa pesquisa realizada por Santana e Maia (2008) sobre a representação social da atividade física para idosos, as autoras identificaram que a atividade física é representada como “vida com mais saúde e qualidade”.

O fator tempo está associado aos dias em que os idosos realizam algum tipo de atividade física. Os idosos que praticam alguma atividade

física buscam fazê-lo com uma certa regularidade semanal, conforme pode ser constatado na seguinte fala: *“Caminho todos os dias, menos domingo. Uma hora. E faço atividades físicas com um professor, terças e quintas. É muito bom. Eu emagreci um pouco, eu era mais gordinha”*. (Participante 7, sexo feminino, 66 anos).

Ao analisar a história das práticas de atividades físicas para pessoas idosas no Brasil, é possível identificar que até pouco tempo, os idosos eram desencorajados a realizar qualquer tipo “esforço físico”, pois havia uma crença compartilhada, de que atividade física poderia ser nociva e até causar a morte das pessoas com mais idade. Foi a partir da década de 1970 que a atividade física começou a ser recomendada como uma prática benéfica para os idosos (Telles, *et al.* 2014). De acordo com Telles et al. (2014), esta mudança de postura decorreu de uma nova visão sobre envelhecimento influenciada: a) pelo aumento da população idosa; b) pelo surgimento de políticas de atendimento a esta população em países como França, EUA, Suécia e Noruega; c) por novos estudos no campo da saúde; e d) a implantação de grupos e atividades voltadas para esta população. Em suma, as mudanças ocorridas no contexto internacional e a introdução de práticas de atividades físicas para os idosos no Brasil contribuíram para que a atividade física passasse a ser percebida de forma positiva, e conseqüentemente, recomendada como uma prática promotora da saúde do idoso.

As partes do corpo humano, citadas nos ST’s representados na Classe 2, sinalizam os locais no corpo onde os participantes sentem mais os desgastes do tempo e dores: *“Um dia dá uma dor no braço, outro dia uma dor no pé, na perna, no quadril, é o desgaste que vai acontecendo”* (Participante 13, sexo feminino, 74 anos). Apesar da dor física, as idosas relatam a importância de manter a regularidade da atividade física, para que o corpo não sofra ainda mais. Neste contexto, também é importante o acompanhamento de profissionais que possam oferecer atividades físicas adaptadas às limitações e necessidades dos mais velhos. Uma das participantes cita a importância deste tipo de acompanhamento:

Aqui também tem um tipo de ginástica, mas de acordo com as nossas limitações. Ocorre todas as quintas com uma professora. É muito bom porque nós trabalhamos sentadas, depois ela faz uma massagem. Então isso é muito bom, eu gosto. A gente tem que se mexer. Na verdade, eu sempre gostei muito de esporte e academia (Participante 23, sexo feminino, 67 anos).

Na fala desta participante, a palavra “aqui” indica o grupo da terceira idade que ela frequenta. Conforme pode ser observado na caracterização dos participantes, 23 idosos participam de grupos que desenvolvem trabalhos para a terceira idade. Destes, 17 são mulheres e apenas 6 homens. Estes espaços de convivência e de atividades voltadas ao público idoso caracterizam-se por estimular a prática da atividade física por meio da oferta de práticas adaptadas às necessidades dos participantes. Talvez a vinculação da maioria das mulheres entrevistadas aos grupos de terceira idade, tenha contribuído para que a Classe 2 “práticas de atividades físicas” tivessem maior associação com o público feminino.

As expressões referentes a “morar” e “sozinho” indicam o espaço da casa ou ainda a capacidade de realizar as atividades sem o auxílio de outras pessoas. Os idosos que moram sozinhos indicam a necessidade de realizar atividades físicas, pois isso garantirá menor dependência de outras pessoas no futuro: *“Eu estou bem com 63 anos ainda posso caminhar, faço todo o meu serviço e penso no futuro, com o envelhecimento, mais tarde. Porque como eu moro sozinha, eu tenho muita preocupação (Participante 27, sexo feminino, 63 anos)”*. As idosas também indicam preocupam-se em manter um corpo saudável que lhes permita usufruir de maior autonomia perante atividades cotidianas, como caminhar, subir escadas, fazer as tarefas da casa ou ainda viajar, dançar e aproveitar a vida. O fato de nove das vinte mulheres entrevistadas serem viúvas pode ajudar a explicar este tipo posição.

Complementando o que foi apresentado até o momento, a figura 4, exhibe as características mais marcantes do vocabulário do público masculino e feminino, referente ao cuidado com o corpo (temática 2):

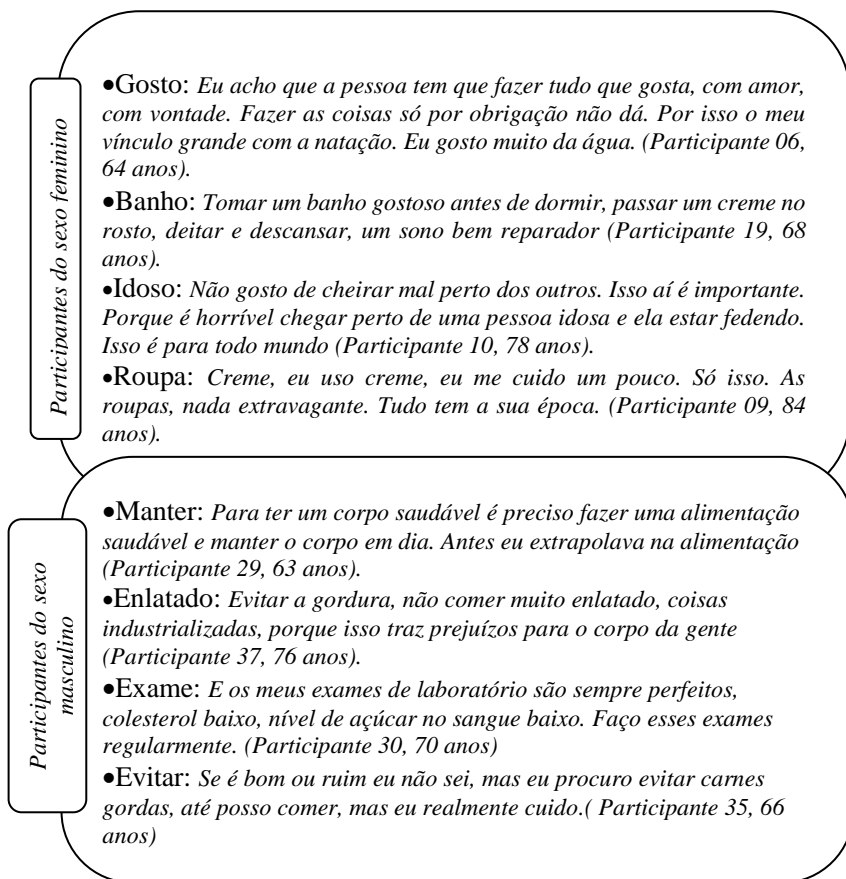


Figura 4. Análise de contrastes do subcorpus referente às respostas da temática 2 – cuidados corporais.

Conforme pode ser visualizado a partir da análise de contrastes, os cuidados corporais dos idosos do sexo masculino caracterizam-se por cuidados com a alimentação, com o foco manutenção da saúde. As mulheres cuidam do corpo por meio atividades físicas e em geral também buscam a manutenção do corpo e a diminuição do desgaste físico. No entanto, o público feminino também demonstra cuidado com elementos relacionados às roupas e ao banho. Outra palavra que aparece associada aos cuidados com o corpo, típicos do público feminino é palavra “creme”. Apesar de não estar indicada na figura 4, sua presença no vocabulário dos participantes revela uma diferença no cuidado com o corpo de homens e

mulheres. Em todas as entrevistas a palavra foi citada 20 vezes, 19 delas por mulheres, cujo o sentido remete aos cuidados estéticos. Curiosamente, a única vez que é citada por um participante do sexo masculino (Participante 33, 84 anos), faz referência à um medicamento para dores nas pernas.

6.3 O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E SOCIAL DOS IDOSOS DO SEXO MASCULINO E FEMININO

Com base nos resultados da aplicação das medidas de bem-estar psicológico e bem-estar social, foi possível identificar:

- a) ***Em relação bem-estar psicológico:*** as participantes do sexo feminino apresentaram escores altos para o “afeto positivo” e “afeto negativo”, enquanto os participantes do sexo masculino, inversamente, apresentaram escores baixos para “afeto positivo” e “afeto negativo”.
- b) ***Em relação ao bem-estar social:*** as participantes do sexo feminino apresentaram escores baixos para “integração social” e “aceitação social”, inversamente, os homens apresentaram escores altos para “integração social” e “aceitação social”.

Estes dados sugerem que, em relação ao bem-estar psicológico, as mulheres entrevistadas experimentam a influência de afetos intensos. O afeto positivo alto é indicador de uma vivência psicológica marcada pelo prazer em se engajar nas atividades diárias, ao mesmo tempo que o afeto negativo alto sinaliza uma experiência subjetiva marcada por sentimentos negativos fortes, como o medo, raiva, culpa e nervosismo. No tocante aos homens, este resultado revela uma vivência afetiva marcada por estados de tristeza, letargia e apatia (afeto positivo baixo), variando para estados de calma e serenidade (afeto negativo baixo).

Quanto ao bem-estar social, os resultados da escala sugerem que os homens percebem-se mais integrados ao meio em que vivem e sentem-se valorizados em relação ao quanto podem contribuir ainda para a sociedade (integração social alta). Há também a indicação de que os homens se sentem mais aceitos e confiantes em relação ao demais membros do seu grupo social e da sociedade em geral (aceitação social alta). Em relação as mulheres, os dados sinalizam para uma vivência social negativa, guiada por uma percepção negativa do quanto podem

contribuir para o meio social e pela falta de integração social (aceitação social baixa) e dificuldades em se sentirem aceitas e de confiarem nos outros (aceitação social baixa).

Ao analisar a distribuição das Classes geradas pela CHD (figura 2), foi possível identificar a relação entre as 1 e 2 da entrevista, que respectivamente abordavam os conteúdos expressados pelos participantes relativos ao corpo e as práticas de cuidados corporais. Observou-se que as variáveis ligadas ao bem-estar social foram associadas de forma significativa apenas a Classe 4 – “práticas alimentares”. No entanto, em todas as quatro Classes, houve associações significativas com os escores da medida de bem-estar psicológico. Com base na descrição das Classes em relação as medidas de bem-estar, foi possível identificar:

- A Classe 4 – “práticas alimentares”, associada ao tema 2 da entrevista (cuidados corporais) e aos participantes do sexo masculino, com escore alto de aceitação social e escore baixo de afeto negativo;
- A Classe 2 – “práticas de atividades físicas”, associada ao tema 2 da entrevista (cuidados corporais), e as participantes do sexo feminino, com escore alto de afeto positivo;
- A Classe 1 – “um objetivo metafísico”, associada ao tema 1 da entrevista (o corpo) e aos participantes do sexo masculino, com escore alto de afeto negativo;
- A Classe 3, “um objetivo social”, associada ao tema 1 da entrevista (o corpo) e as participantes do sexo feminino, com escore alto de afeto negativo.

Com base nestes resultados, foi possível observar uma divisão bem demarcada da qualidade de vida dos participantes, em relação as variáveis de bem-estar. Esta divisão caracteriza-se pela oposição entre as Classes associadas a “*temática 1 – corpo*” (Classes 1 e 3) e da “*temática 2 – práticas de cuidados corporais*” (Classes 4 e 2), conforme demonstra o quadro 4.

Quadro 4. *Distribuição dos resultados das medidas de bem-estar em relação às Classes organizados pela Classificação Hierárquica Descendente.*

Temática 1 – O corpo		Temática 2 – Práticas de cuidados corporais	
Classe 1	Classe 3	Classe 4	Classe 2
Um objeto metafísico	Um objeto social	Práticas de cuidados alimentares	Práticas de atividades físicas
Sexo masculino	Sexo feminino	Sexo masculino	Sexo Feminino
Afeto Negativo alto	Afeto Negativo alto	Afeto Negativo baixo	Afeto Positivo alto
Aceitação Social alto			

Observou-se que as Classes que representam a percepção dos idosos sobre o corpo (Classes 1 e 3), foram associadas aos participantes de ambos os sexos com afeto negativo alto, o que denota um estado de mal-estar psicológico, marcado por sentimentos negativos. De forma oposta, as Classes que representam as práticas de cuidados corporais, foram associadas aos homens com afeto negativo baixo e as mulheres com afeto positivo alto, o que indica que um estado de bem-estar psicológico para os indivíduos representados por esta Classe.

Considerando que a fala dos idosos indicou uma percepção positiva e de aceitação do próprio corpo – principalmente em relação ao público feminino –, a associação entre o Afeto Negativo alto e as Classes relacionadas ao corpo, pode indicar a hipótese da presença do fenômeno da zona muda. Este fenômeno caracteriza-se por elementos da representação social que não são verbalizados pelos indivíduos, em decorrência de pressões normativas (Abric, 2005). No entanto, não é possível, com base nos dados levantados, confirmar esta hipótese. Uma vez que o Afeto Negativo alto pode estar associado a outras variáveis.

A Classe 2 associou a prática de atividades físicas com a variável Afeto Positivo alto. Esta associação entre qualidade de vida e a prática de atividades físicas é observada em outras pesquisas que envolve o público idoso (Matsudo, Matsudo & Neto, 2001; Santana & Maia, 2008; Maciel, 2010). Machado e Bandeira (2012), num estudo que examinou os correlatos de bem-estar psicológico, afirmaram que este construto está associado a envelhecimento bem-sucedido e também a diversos fatores positivos ligados à saúde.

A “Classe 4 – práticas de cuidados alimentares” foi associada com o Afeto Negativo baixo, o que indica um estado de bem-estar psicológico, caracterizado por tranquilidade, serenidade e calma. O cuidado com a alimentação é um determinante comportamental importante para o envelhecimento ativo (ILC-Brasil, 2015). Neste estudo,

o cuidado com a alimentação praticado pelos idosos evidencia um cuidado relacionado com a saúde. Alguns idosos referiram cuidar da alimentação, por terem contraído algum tipo de problema de saúde. Conforme apresentado na caracterização da amostra, 19 dos 40 idosos entrevistados indicaram que eram hipertensos e 9 indicaram ter diabetes. Estas doenças, na maioria dos casos são decorrentes de maus hábitos alimentares (Brasil, 2006).

Neri (1995) afirmou a velhice bem-sucedida é marcada pelo desenvolvimento humano, “[...] que envolve equilíbrio constante entre ganhos e perdas, e significa mudança adaptativa constante” (Neri, 1995, p. 33). As perdas decorrentes do envelhecimento podem ser minimizadas pela adaptação do indivíduo no enfrentamento destas situações. Neste contexto, o bem-estar psicológico e o bem-estar social podem indicar o nível do funcionamento adaptativo do indivíduo nas dimensões afetiva e social.

6.4 AS RELAÇÕES ENTRE AS REPRESENTAÇÕES DO CORPO, BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E SOCIAL E AS PRÁTICAS DE CUIDADOS CORPORAIS

Considerando o percurso realizado até o momento foi possível identificar algumas relações entre as representações sociais do corpo, as práticas de cuidados corporais e o bem-estar dos participantes (ver figura 5). A análise dos conteúdos das entrevistas, realizada por meio da CHD, demonstrou que os homens e mulheres possuem formas diferentes de cuidar do corpo e também de representa-lo socialmente. É importante salientar que isso não significa que estas divisões são cisões que ocorrem de maneira radical. Por exemplo, observa-se que alguns elementos da representação do corpo dos homens e das mulheres são semelhantes. Isso é evidenciado pelo fato das Classes 3 e 1 ficarem retidas numa mesma partição da CHD, o que indica que os vocabulários utilizados pelos participantes do sexo masculino e feminino podem possuir algumas similaridades referentes a experiência do corpo envelhecido. No entanto, a constatação de que as representações sociais do corpo de homens e mulheres possuem elementos diferenciados é algo que fica explícito na própria organização da CHD e na associação da Classe 3 com o público feminino e a Classe 1 com o público masculino.

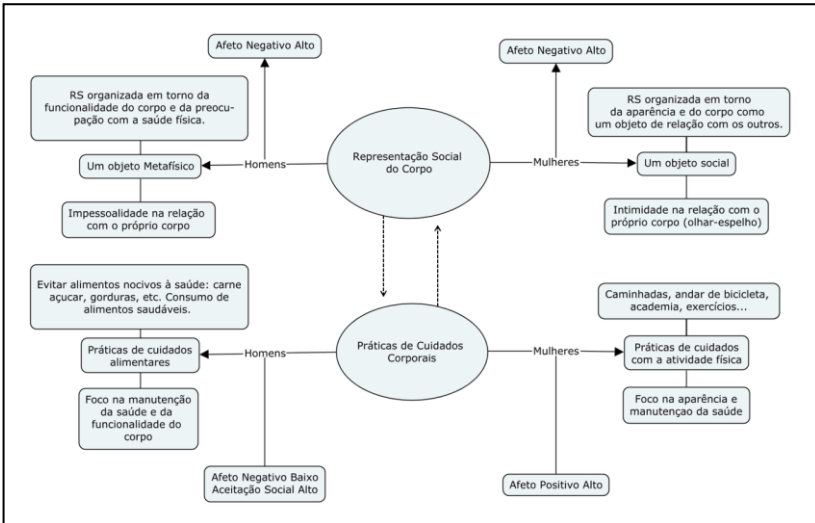


Figura 5. Mapa conceitual relativo às relações entre as representações sociais do corpo, práticas de cuidados corporais e qualidade de vida.

No centro da figura 5, a representação social do corpo e as práticas de cuidados corporais geram dois polos que são ligados por duas setas opostas que indicam a existência da dinâmica gerada pela influência das representações sobre as práticas e das práticas sobre as representações sociais (Rouquette, 1998). As representações sociais dos idosos do sexo masculino são organizadas em torno da funcionalidade do corpo e da preocupação com a manutenção da saúde física. O corpo é evocado de forma abstrata, impessoal e individualizada. Neste sentido, os cuidados corporais masculinos mostram-se centrados no ato de comer. Entendida como uma prática social associada aos idosos do sexo masculino, a alimentação está em congruência com a representação do corpo, uma vez que seu foco é a manutenção da saúde e das funções dos órgãos internos.

Em relação as participantes do sexo feminino, percebe-se que a representação social do corpo é organizada em torno da valorização da aparência (vestir-se bem) e do corpo enquanto um objeto situado na relação com o outro, mediado pelos valores e normas sociais. As mulheres demonstram maior intimidade na relação com o próprio corpo e se preocupam mais com a forma que são percebidas pelo “olhar” do outro. A prática de atividade física é a prática de cuidado corporal mais associada às mulheres. Tal como os homens, as mulheres preocupam-se com a saúde, mas também buscam realizar atividades físicas pelo fato

desta prática lhes proporcionar um estado de bem-estar e prevenir o desgaste físico.

No que tange à qualidade de vida dos participantes, observou-se que o bem-estar psicológico foi associado às classes representantes das práticas de cuidados corporais. Enquanto que as classes referentes à representação social do corpo foram associadas ao estado de mal-estar psicológico. O nível de bem-estar social só obteve associação com a Classe 4, que indicou aceitação social alta. Apesar de afirmarem que aceitam seus corpos, a associação das Classes relativas à representação do corpo com os níveis bem-estar psicológico marcados por afetos negativos, parece indicar que os idosos não estão totalmente satisfeitos com o seu corpo. Isso pode decorrer do fato que socialmente, o corpo do idoso ainda ser representado como distante do corpo considerado (Blessmann, 2004).

Em suma, as práticas de cuidado corporal parecem variar de acordo com a representação social que homens e mulheres possuem dos seus corpos (Camargo, Justo & Jodelet, 2010). A variável sexo permanece como uma variável importante nos estudos sobre as representações sociais do corpo. É possível identificar no corpo as construções sociais de feminilidade e masculinidade, que estruturam o modo de experimentar o corpo e o auto-cuidado corporal (Santos, 2008, p. 44).

Os efeitos de contexto em que homens e mulheres são cotidianamente expostos também podem auxiliar na explicação do modo como são organizadas as representações sociais dos homens e mulheres sobre este objeto. Tradicionalmente, as mulheres frequentam mais os ambientes destinados aos cuidados estéticos. Enquanto os homens geralmente têm suas vivências corpóreas na prática de esporte, nas atividades laborais ou quando ficam doentes e vão a um médico. Para avaliar os efeitos de contexto na representação social do corpo, Justo, Camargo e Alves (2014), empreenderam um experimento, onde simularam duas situações. Em uma das situações experimentais apresentaram aos participantes do estudo um vídeo sobre práticas de saúde e na outra um vídeo sobre as práticas de estética. Ambos os materiais tinham o mesmo tempo de duração. Após o vídeo, era realizado um grupo focal e aplicado um questionário. Como resultado do estudo, observaram que os participantes expostos ao contexto da saúde, elaboraram representações do corpo relacionados com a existência e o cuidado. A amostra exposta ao vídeo sobre o contexto da beleza, indicaram que o corpo é um objeto social, sujeito a padrões.

A opinião dos homens e mulheres em relação ao uso de cosméticos também corroborou com a ideia de que ambos possuem vivências

corporais distintas. Quando questionados sobre a opinião sobre o uso de cosméticos e medicamentos para fins estéticos, a maior parte dos homens se posicionou de forma neutra ou contrária, enquanto a maioria das mulheres indicou ser favorável. A neutralidade dos homens sobre este tema pode revelar o desconhecimento sobre a realização de tais práticas. Em outras palavras, os homens não se preocupam tanto com aspectos que se relacionem com a dimensão estética do corpo. Nessa mesma direção, quando inqueridos sobre a realização de cirurgia plástica para fins estéticos, os homens mostraram-se mais favoráveis do que as mulheres. Porém, três dos seis homens que indicavam ser favoráveis à prática da cirurgia plástica, só concordavam com este tipo de procedimento para fins de correção e não para fins de estética.

Este trabalho reconhece que as relações entre as práticas de cuidados corporais e as representações sociais ocorrem de forma complexa. O corpo, o envelhecimento, a velhice e as práticas são objetos carregados de significados socialmente compartilhados. Mesmo assim, a partir das entrevistas realizadas e das impressões obtidas por meio da experiência de ouvir os idosos, foram identificadas duas formas de situar o corpo. Para os homens o corpo é algo que se tem, que se possui. Para as mulheres o corpo é objeto que permite sentir o mundo e vivenciá-lo. O que nos permite pensar, que ao passo que os “os homens têm um corpo” as “mulheres são um corpo”.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos dados coletados por meio das entrevistas com os idosos, este estudo identificou duas representações sociais e dois conjuntos de práticas corporais, que se diferenciaram em relação ao sexo dos participantes.

O conteúdo da representação social do corpo elaborada pelos idosos é representado pelas palavras “corpo”, “mente”, “pensar”, “cuidar”, “saúde”, “viver”, “deus”. Estas palavras indicam ST’s de textos que representam o corpo enquanto um “objeto metafísico”. Nesta representação aparecem elementos da cultura religiosa dos idosos, que situam o corpo como algo que é doado por Deus (Participante 1, católico; Participante 2, espírita; Participante 37, evangélico). Nesta mesma direção, o corpo também é compreendido como morada do intelecto (Participante 31, católico). Estes elementos foram nomeados como “metafísicos”, em alusão à etimologia desta palavra, que significa em sentido *lato*, algo que está para além do plano físico ou material.

As representações sociais do corpo elaboradas pelos idosos do sexo masculino indicam uma possível interferência de sua crença religiosa. Tal interferência também pode explicar a diferença no conteúdo representacional do corpo em relação ao público feminino. Percebe-se que na velhice a religião pode servir como um importante elemento de resiliência, em relação às perdas vivenciadas no processo de envelhecimento (Gutz & Camargo, 2013). O medo frente ao futuro, presente nas falas dos homens idosos, pode ser atenuado por meio das práticas religiosas e da espiritualidade. Conforme pode ser verificado, os homens citaram de forma recorrente a prática da oração e da leitura bíblica, como resposta ao tipo de prática de meditação ou terapia corporal que realizavam. Esses fatores podem ter sido decisivos para a diferenciação das representações sociais e as práticas de cuidados corporais entre os idosos e idosas.

Entre as palavras associadas com a representação social do corpo das mulheres idosas, foram observadas as formas “olhar”, “amigo”, “aceitar”, “feio”, “dizer”, “mulher”, “espelho”, “bonito”. Este vocabulário indica uma representação social de corpo organizada a partir de elementos que posicionam o corpo enquanto um “objeto social”. As idosas expressam mais cuidados do que os idosos em relação a aparência, o que foi identificado no estudo como uma característica das pressões normativas, que incidem com mais força no público feminino do que no masculino.

Quanto às práticas de cuidado corporal, a pesquisa identificou que os idosos são mais adeptos aos cuidados com a alimentação e as idosas às práticas de atividades físicas. Para os idosos, o cuidado com a alimentação expressa uma preocupação com a manutenção e o funcionamento das funções fisiológicas e a prevenção/controlar de doenças como diabetes e colesterol. O cuidado corporal do público feminino foi associado à atividade física. Na percepção das idosas, a atividade física proporciona a diminuição do desgaste físico e contribui para o bem-estar.

Observou-se ainda que os níveis de bem-estar psicológico dos idosos e das idosas é negativo quando associados à representação do corpo, o que não reflete as respostas dos participantes, que demonstraram em suas falas aceitar sua imagem corporal. Neste sentido, levantou-se a possibilidade de que as respostas dos participantes pudessem conter elementos da zona muda. Porém, quando associados às práticas de cuidados corporais, o bem-estar psicológico dos participantes foi positivo.

Este estudo não pretendeu esgotar as reflexões acerca da temática, mas avança na compreensão das intersecções entre as representações sociais, práticas de cuidado corporal e a qualidade de vida dos idosos do sexo masculino e feminino. Estudos como este ainda são escassos na literatura científica brasileira. Ainda que de maneira descritiva, os dados analisados nesta pesquisa reforçam achados de estudos anteriores, que observaram a variação entre a representação social e as práticas relativas ao corpo em relação a variável sexo. Destaca-se, ainda, a dificuldade em recrutar participantes do sexo masculino. Os grupos de convivência e de atividades destinados ao público idoso ainda possuem uma baixa adesão de pessoas do sexo masculino. Por esse motivo, houve a necessidade de coletar os dados nas casas de alguns idosos que não participavam de grupos.

Apesar de encontrar algumas relações entre as práticas e as representações sociais dos participantes do sexo masculino e feminino, o estudo poderia aprofundar ainda mais o entendimento desta relação, por meio do controle de outras variáveis. Neste sentido, sugere-se que estudos futuros busquem identificar os efeitos das fontes de informação sobre a elaboração das representações sobre o corpo e das práticas de cuidados corporais. No contexto dos idosos, destaca-se as informações adquiridas por meio da mídia e das religiões. Recomenda-se ainda que sejam realizados estudos a partir do controle de grupos sociais de maior contraste (idosos de diferentes formações profissionais, participantes de grupos específicos, idosos de diferentes classes sociais, praticantes de

diferentes religiões etc.), a fim de identificar possíveis diferenças em relação as representações e práticas em relação aos grupos de pertença.

Indica-se ainda que novos estudos sejam realizados a partir da comparação entre idosos do sexo masculino e feminino, fisicamente ativos e não-ativos. Estas comparações intergrupos poderão elucidar ainda mais as relações entre as representações sociais e as práticas de cuidados. Além disso, recomenda-se um controle maior das faixas etárias dos idosos, visto que as diferenças de idade podem interferir no conteúdo das representações sociais.

REFERÊNCIAS

- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In: A. S. P. Moreira (org). *Estudos interdisciplinares de representação social*. (pp. 27-37). Goiânia: AB, 1998.
- Abric, J. C. (2001a). O estudo experimental das representações sociais. In: In: D. Jodelet (Org.). *As Representações Sociais* (155-172). Rio de Janeiro. RJ: Editora UERJ.
- Abric, J. C. (2001b). Prácticas sociales, representaciones sociales. In: J. C. Abric (Org). *Prácticas sociales y representaciones*. México, DF: Ediciones Coyocán.
- Abric, J. C. (2003) Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: P. H. F., Campos & M. C., Loureiro. *Representações sociais e práticas educativas*. (pp. 37-57). Goiânia: UCG.
- Abric, J. C. (2005). A zona muda das representações sociais. In: D. C. Oliveira & P. H. F. Campos (Orgs). *Representações Sociais – Uma teoria sem fronteiras*. Rio de Janeiro: Museu da República. (pp.23-34).
- Aguiar, A., Camargo, B., & Bousfield, A. (2017). Representações sociais e práticas corporais de rejuvenescimento para mulheres de meia-idade. *Psicologia E Saber Social*, 6(1), 47-66
- Almeida, A. M. O., Santos, M. F. S., & Trindade, Z. A. (2000). Representações e práticas sociais: contribuições teóricas e dificuldades metodológicas. *Temas em Psicologia*, 8(3), 257-267.
- Andrade, A. C., Vernize, A., Malys, K. A., & Dias, D. R. S. A. (2011). A imagem corporal: um comparativo entre idosos ativos e não ativos fisicamente. *Ágora: R. Divulg. Cient.* (18) 1.
- Andrieu, B. (2006). *Le dictionnaire du corps em sciences humaines e sociales*. Paris: CNRS.

- Araújo, L. F., Coutinho, M. P. L., & Carvalho, V. A. M. L. (2005). Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 25(1), 118-131.
- Ashenburg, K. (2008). *Passando a limpo: o banho da Roma antiga até hoje*. São Paulo: Laurosse do Brasil.
- Baltes, P. (1995). Prefácio. In: A. L. Neri (Org.). *Psicologia do envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva do curso de vida*. Campinas. SP: Papirus.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M. & Lindenberger, U. (1999). Lifespan Psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annu. Rev. Psychol.* 50:471.507
- Barbosa, M. R., Matos, P. M., & Costa, M. E. (2011). Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 24-34
- Bauman, Z. (2011). *44 Cartas do mundo líquido moderno*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Becker, H. S. (1993). *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo. Ed. HUCTEC.
- Berri, B., Castro, A., & Camargo, B. V. (2016). Representações sociais relacionadas às práticas de rejuvenescimento. *Psicol. pesq. [online]*. 2016, vol.10, n.2, pp. 4-4.
- Biasus, F., Demantova, A. & Camargo, B.V. (2011) Representações Sociais do envelhecimento e da sexualidade para pessoas com mais de 50 anos. *Temas em psicologia*. 19(1), 319-336.
- Blessmann, E. J. (2004). Corporeidade e envelhecimento: o significado do corpo na velhice. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, (6), 21-3.

- Brasil, Ministério da Saúde (2006). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção à saúde. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de atenção básica*, n. 19, Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Estatuto do Idoso*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Saúde do Idoso.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução 466 de 12 de outubro de 2012*.
- Brasil. IBGE. *Expectativa de vida do brasileiro sobe para 75,8 anos*. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18469-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-75-8-anos>. Acesso em 10 de dez. 2018.
- Camargo, B. V. (2015). Serge Moscovici (14/06/1925 - 16/11/2014): um percussor inovador na Psicologia Social. *Memorandum*, 28, 240-245
- Camargo, B. V., Contarello, A., Wachelke, J. F. R., Morais, D. X., & Piccolo, C. (2014). Representações sociais do envelhecimento entre diferentes gerações no Brasil e na Itália. *Psicologia em Pesquisa*, 8(2), 179-188.
- Camargo, B. V., Goetz, E. R., Bousfield, A. B. S., & Justo, A. M. (2011). Representações sociais do corpo: estética e saúde. *Temas em Psicologia*, 19(1), 257-268.
- Camargo, B. V.; Justo, A. M.; Alves, C. D. B.; Schlosser, A. (2013) Efeitos de contexto interacional e comunicação nas representações sociais sobre o corpo. *Psicologia e Saber Social*, 2, 33-50.
- Camargo, B. V.; Justo, A. M. & Jodelet, D.; (2010). Normas, Representações Sociais e Práticas Corporais. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(3) 449-457.

- Camargo, B. V., Contarello, A., Wachelke, J. F. R., Morais, D. X., & Piccolo, C. (2014). Representações sociais do envelhecimento entre diferentes gerações no Brasil e na Itália. *Psicologia em Pesquisa*, 8(2), 179-188.
- Camargo, B. V. (2005). *Introdução*. In: A. S. P. Moreira (Org). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: UFPB / Editora Universitária.
- Camargo, B. V. & Bousfield, A. B. S. (2014). *Em direção de um modelo explicativo da relação entre representações sociais e práticas relativas à saúde: a ideia de adesão representacional*. In: E. M. Q. O. Chamon, P. A. Guareschi & P. H. F. Campos (Org). *Textos e debates em representação social*. Porto Alegre: ABRAPSO.
- Camargo, B. V. (2018). *Aula da disciplina de Cognição e Representações Sociais*, PPGP/UFSC: Aula do dia 10/10/2018. Notas de Aula.
- Camargo, T. P. P. Costa, S. P. V. Uzunian, L. G., & Viebig, R. F. (2008). Vigorexia: revisão dos aspectos atuais deste distúrbio de imagem corporal. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*, 2(1), 01-15.
- Caroline, T., Portella, M. R. & Scortegagna, S. A. Velhice e beleza corporal das idosas: conversa entre mulheres. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2017; 20(1): 77-87.
- Castro, Amanda, Aguiar, Adriana de, Berri, Bruna, & Camargo, Brigido Vizeu. (2016). Representações sociais do rejuvenescimento na mídia impressa. *Temas em Psicologia*, 24(1), 117-130.
- Centro Internacional de Longevidade Brasil. (2015). *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Disponível em http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%ADtico-ILC-Brasil_web.pdf. Acesso em 25 jan. 2019.
- Corbine, A., Courtine J-J., & Vigarello, G. (2012) Prefácio À história do corpo. In: A. Corbin, J-J. Courtine, & G. Vigarello (Org).

História do Corpo: Da Renascença às Luzes. Petrópolis. RJ. Vozes.

- Coutinho, R.X., Tomazeti, R.V. & Acosta, M.A.de F. (2013, dezembro). Representação de corpo na velhice: o corpo real versus o corpo social. *Revista Kairós Gerontologia*,16(4), pp.215-236
- Dalgalarrodo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Elias, N. (1994). *O processo civilizador: Uma história dos costumes* (v. 1). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- Fernandes, Janaina da Silva Gonçalves, & Andrade, Márcia Siqueira de. (2016). Representações sociais de idosos sobre velhice. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68(2), 48-59.
- Flick, U. (2004). *Uma introdução à Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Bookman.
- Fontaine, R. (2010). *Psicologia do Envelhecimento*. Edições Loyola: São Paulo, SP.
- Freitas, C.S.; Meereis, E.C.W. & Gonçalves, M.P. (2014). Qualidade de vida de idosos ativos e insuficientemente ativos do município de Santa Maria (RS). *Revista Kairós Gerontologia*,17(1), pp.57-68
- Gaskell, G. (2002). Entrevistas individuais e grupais. In: M. W. Bauer & G. Gaskell (Org). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis. RJ: Editora Vozes.
- Ghiglione, R.; Matalon, B. (1993). *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gil. A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Goetz, E. R., Camargo, B. V., Bertoldo, R. B., & Justo, A. M. (2008). Representação social do corpo na mídia impressa. *Psicologia & Sociedade*, 20(2), 226-236.

- Gomes, R., Nascimento, E. F., Araújo, F. C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 565-574.
- Gutz, Luiza, & Camargo, Brígido Vizeu. (2013). Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(4), 793-804.
- Halliwell, E. & Dittmar, H (2003). A Qualitative Investigation of Women's and Men's Body Image Concerns and Their Attitudes Toward Aging. *Sex Roles*, Vol. 49, Nos. 11/12, December 2003.
- Jesuíno, J. C. (2012). Imagens da velhice. In: L. F. R. Tura & A. O. Silva. *Envelhecimento e representações sociais*. Rio de Janeiro: Quartet/Faperj.
- Jesuíno, J. (2014). Um Conceito Reencontrado. In: A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, & Z. A. Trindade (Org). *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*. Brasília. Technopolitik.
- Jodelet, D. (2000) Le corps, la personne et autrui. In. S. Moscovici. *Psychologie sociale des relations à autrui*. pp. 41-68. Paris : Nathan/HER. Collection : Psychologie Fac.
- Jodelet, D. (2001) Representações sociais: um domínio em expansão. In: D. Jodelet (Org.). *As Representações Sociais (17-44)*. Rio de Janeiro. RJ: Editora UERJ.
- Jodelet, D. (2009). Contributo das representações sociais para o domínio da saúde e da velhice. In: M. Lopes, F. Mendes & A. Moreira (Coord.). *Saúde, educação e representações sociais*. (pp. 71-149). Coimbra: Formasau.
- Jodelet, D. (2015). *Loucuras e representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Jodelet, D. (1984/2017a). *A representação do corpo e suas transformações*. In: D. Jodelet. *Representações sociais e mundos de vida*. (pp. 272-292). São Paulo: Fundação Carlos Chagas; Curitiba: PUCPress.

- Jodelet, D. (1982/2017b). *Representações, experiências, práticas corporais e modelos culturais*. In: D. Jodelet. *Representações sociais e mundos de vida*. (pp. 272-292). São Paulo: Fundação Carlos Chagas; Curitiba: PUCPress.
- Jovchelovitch, S. (2009). Vivendo a Vida com os Outros: Intersubjetividade, Espaço Público e Representações Sociais. In: P. A. Guareschi; S. Jovchelovitch (Org.). *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Jardim, V. F. S.; Medeiros, B. F. & Brito, A. (2006). Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 9 (2), 25-34
- Justo, A. M. (2012). *Representação Social*. Rio do Sul: UNIDAVI – PROEPEX.
- Justo, A. M., & Camargo, B. V. (2013). Cuerpo y cognición social. *Liberabit: Revista de Psicología*, 19(1), 21-32.
- Keyes, C. L. M. Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140.
- Lopes, R. G. C. (2007). Imagem e auto-imagem: da homogeneidade da velhice para a heterogeneidade das vivências. In: A. L. Neri (Org). *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. Editora Fundação Perseu Abramo / Edições Sesc. São Paulo, SP. (pp. 141-152).
- Lucchetti, G.; Lamas G. L. A.; Modena B. R.; Nasri, F. & da Ponte N. S. (2011). O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14 (1), 159-167.
- Ludgleydson, A., Sá, Elba C. N., & Amaral, E. B. (2011). Corpo e velhice: um estudo das representações sociais entre homens idosos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), 468-481.

- Machado, Wagner de Lara, & Bandeira, Denise Ruschel. (2012). Bem-estar psicológico: definição, avaliação e principais correlatos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(4), 587-595.
- Maciel, M. G. (2010). Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz*, 16(4), 1024-1032.
- Magnabosco-Martins, C. R.; Camargo, B.; Biasus, F.; (2009). Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. *Universitas Psychologica*, 8() 831-847.
- Marcuzzo, M., Pich, S., & Dittrich, M. G. (2012). A construção da imagem corporal de sujeitos obesos e sua relação com os imperativos contemporâneos de embelezamento corporal. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(43), 943-956. Epub November 30, 2012.
- Matsudo, S. M, Matsudo, V. K. R., & Neto, T. L. (2001). Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 7(1), 2-13.
- Mauss, M. (2003). *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: CosalNaify.
- Menezes, T. M. O., Lopes, R. L. M., & Azevedo, R. F. A pessoa idosa e o corpo: uma transformação inevitável. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2009;11(3):598-604.
- Moscovici, S. (1981). On social representation. In: J. P. Forgas (Org). *Social Cognition*. London: Academic Press.
- Moscovici, S. (2001). Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: D. Jodelet (Org.). *As Representações Sociais* (45-90). Rio de Janeiro. RJ: Editora UERJ.
- Moscovici, S. (1961/2012a). *A psicanálise, sua imagem e seu público*. Petrópolis. RJ: Vozes.
- Moscovici, S. (2012b). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis. RJ: Vozes.

- Neri, A. L. (1993). Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: A. L. Neri (Org). *Qualidade de vida na idade madura*. Campinas, SP: Papirus (pp. 9-56).
- Neri, A. L. (1995). Psicologia do Envelhecimento: uma área emergente. In: A. L. Neri (org). *Psicologia do envelhecimento: Temas selecionados na perspectiva do curso de vida*. Campinas. SP: Papirus.
- Neri, A. L. (2007). Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: A. L. Neri (Org). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: SP, Editora Alínea. (pp. 13-60).
- Neri, A. L. & Freire, S. A. (2000). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus.
- Neri, A. L. & Yassuda, M. S. (2004). *Velhice bem-sucedida*. Campinas: Papirus.
- Novo, R F. (2005). Bem-estar e psicologia: conceitos e propostas de avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(20).
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano* (8. ed., D. Bueno, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed
- Proust, A. (1992). Fronteiras e espaços do privado. In: A. Proust & G. V. Chartier. *A história da vida privada: da Primeira Guerra Mundial a nossos dias*. São Paulo: Companhia das Letras. (pp. 13-115).
- Rouquette, M. L. Representações e Práticas Sociais: alguns argumentos teóricos (1998). In: A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (Orgs). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB. (pp. 39-46).
- Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Sá, C. P. (2015). *Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória*. Rio de Janeiro, EdUERJ.

- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa*. São Paulo: MacGraw-Hill.
- Santos, L. A. D. (2008). Reflexões sobre a tríade corpo, comer e comida. In: Santos, Lígia Amparo da Silva. *O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo*. Salvador: EDUFBA, 21-48.
- Santos, V. B., Tura, L. F. R., & Arruda, A. M. S., (2013). As representações sociais de "pessoa velha" construídas por idosos. *Saúde e Sociedade*, 22(1), 138-147.
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 137-149.
- Secchi, K., Camargo, B. V., & Bertoldo, R. B. (2009). Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 229-236.
- Silva, S. P. C., & Menandro, M. C. S. (2014). As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos. *Saúde e Sociedade*, 23(2), 626-640
- Simões, C. C. S. (2016). *Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população*. Rio de Janeiro : IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais.
- Svendsen, L. (2010). *Moda: uma Filosofia*. Rio de Janeiro, Zahar.
- Teixeira, M. C. T. V., Schulze, C. M. N., & Camargo, B. V. (2002). Representações sociais sobre a saúde na velhice: um diagnóstico psicossocial na Rede Básica de Saúde. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(2), 351-359.
- Telles, S. D. C. C., Lutz, T., Elias, R. V., & Reis, R. M. (2014). O surgimento do campo da atividade física para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 6(11).

- Torres, T. L.; Camargo, B. V.; Boulsfield, A. B.; & Silva, A. O. (2015). Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(12), 3621-3630.
- Tura, L. F. R. & Silva, A. O (Orgs). (2012). *Envelhecimento e representações sociais*. Rio de Janeiro: Quartet/Faperj.
- Vala, J. (2006). Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In J. Vala & M. B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia Social*. Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Veloz, M. C. T., Nascimento-Schulze, C. M., & Camargo, B. V. (1999). Representações sociais do envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(2), 479-501.
- Vieira, C. C. (2011). Idoso e a medicina: diálogo com a abordagem geriátrica ampla. In: J. O. Moreira (Org). *Gerontologia e cuidado: temas e problemas para pensar o envelhecimento*. Curitiba, PR: CRV. (pp. 15-28).
- Vicent, G. (1992). O corpo e o enigma sexual. In: A. Proust & G. V. Chartier. *A história da vida privada: da Primeira Guerra Mundial a nossos dias*. São Paulo: Companhia das Letras. (pp. 308-389).
- Voelcker, I.; Plouffe, L. & Kalache, A. (2017). Envelhecimento Ativo. In: Oxford Bibliographies. Active Aging. Disponível em <http://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780199756797/obo-9780199756797-0157.xml#obo-9780199756797-0157-bibItem-0006>. Acesso em 07 dez. 2018.
- Wachelke, J. F. R., & Camargo, B. V. (2007). Representações sociais, representações individuais e comportamento. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(3), 379-390.
- Wachelke, J. F. R., Camargo, B. V., Hazan, J. V., Soares, D. R., Oliveira, L. T. P., & Reynaud, P. D. (2008). Princípios organizadores da representação social do envelhecimento: dados coletados via internet. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 13(2), 107-11.

- Wagner, W. Sócio-gênese e características das representações sociais (1998). In: A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (Orgs). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB. (pp. 3-25).
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- WHO (2005). World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 60p.
- WHO (2015). World Health Organization. *World report on ageing and health*. Printed in Luxembourg, 260p.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

Instruções para o entrevistado:

Estou fazendo uma pesquisa sobre o que as pessoas com mais idade pensam do seu corpo e de como cuidam dele. Sua participação é muito importante. Seu anonimato será preservado e sua opinião é o mais importante, não há respostas certas ou erradas. Para que eu não perca toda sua contribuição, preciso gravar nossa conversa; e também que você leia e se concordar assine o termo de consentimento livre e esclarecido.

Vamos começar?

Indução 1: O nosso corpo é muito importante e faz parte em todas as etapas da nossa vida. Eu gostaria de saber o que pensa do seu corpo, sua importância, seus sentimentos em relação a ele e suas opiniões.

Indução 2: Agora que falamos sobre o que você pensa sobre o seu corpo, gostaria que você me descrevesse todos os cuidados que você tem em relação ao seu corpo. Quais cuidados conhece e quais prática habitualmente, etc.

Instruções para o entrevistador:

Tópicos da entrevista

1- Corpo

1.1- Importância

1.2- Percepção e imagens

1.3. Sentimentos associados

1.4. Opiniões

2- Cuidados corporais

2.1- Cuidados observados

2.2. Cuidados que conhece, concorda, mas não observa.

2.3. Cuidados que conhece, mas não concorda em adotá-los

2.4. Importância em relação aos cuidados com o corpo

Questões para os casos de não aparecimento espontâneo

1- Corpo

- O que sente em relação ao seu corpo?
- O que acha do seu corpo? Qual a sua opinião sobre ele?
- Qual o lugar do seu corpo no seu dia a dia?
- Qual a importância do seu corpo para o (a) sr. (a) hoje?

2- Cuidados corporais

- O que seriam cuidados corporais para o (a) sr. (a)?
- Para o (a) sr. (a) quais seriam os principais cuidados para manter a saúde física?
- Quais cuidados o (a) sr. (a) tem com seu corpo?
- Por que tem estes cuidados?
- Quais cuidados o (a) sr. (a) gostaria de ter com o seu corpo, mas não tem?
- Por que não tem estes cuidados?
- Que outros cuidados com o corpo o (a) sr. (a) conhece?
- O que eles significam para o (a) sr. (a)?
- Que cuidados o (a) sr. (a) tinha com seu corpo e não tem mais?
- Por que não tem mais estes cuidados?

APÊNDICE B - Questionário sociodemográfico

1.Sexo: Masc () Fem ()

2.Idade: ____

3.Escolaridade:

() Sem escolaridade

() Fundamental

() Médio

() Superior

4.Estado Civil:

() Solteiro(a)

() Casado(a) ou em união
estável

() Divorciado(a)

() Viúvo(a)

5.Atualmente:

() Trabalha / Ocupação:

() Aposentado

() Pensionista

6.Renda mensal familiar:

() Até 1 salário mínimo

() De 1 a 2 salários

() De 2 a 3 salários

() De 3 a 4 salários

() De 4 a 5 salários

() + de 5 salários

7.Participa de algum tipo de Grupo de atividades para idosos?

() Não

() Sim / Tempo de Participação: _____

8.Religião: _____

9.Tem algum tipo de doença crônica? Sim: () Qual: _____

Não: () Não quero informar ()

10.Tem algum tipo de cuidado com a sua alimentação? Se sim Quais?

11.Prática algum tipo de atividade física ou esporte?

() Sim () Não

Se sim, quais e qual a frequência?

12. Realiza alguma prática de meditação ou de terapia corporal? Se sim, quais?

13. Qual sua opinião sobre o uso de cosméticos e medicamentos que retardam os sinais de envelhecimento?

14. Qual sua opinião sobre fazer cirurgia plástica para fins estéticos?

15. Já fez alguma cirurgia deste tipo? Se sim especifique.

16. O (A) sr. (a) costuma buscar informações sobre cuidados corporais? Se sim, onde?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo **convidado(a)** a participar da pesquisa intitulada “**Representações sociais do corpo, bem-estar psicológico e social e práticas de cuidado corporal adotadas por idosos**” a ser conduzida pelo acadêmico **Anderson da Silveira**, sob responsabilidade do Professor Dr. Brígido Vizeu Camargo e com a co-orientação da Professora Dra. Andréia Isabel Giacomozzi, ambos vinculados ao Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (LACCOS), do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste Termo é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O **objetivo** desta pesquisa é analisar as relações entre as representações sociais do corpo, bem-estar psicológico e social e as práticas de cuidado corporal adotadas por idosos. Para tanto, 40 pessoas serão convidadas a participar. Caso você aceite o convite, você **participará** de uma entrevista com duração de 45-60 minutos.

Participar desta pesquisa poderá oferecer **riscos mínimos** a você referentes a algum possível constrangimento ao responder a entrevista. Caso isso ocorra, você poderá interromper sua participação sem nenhum problema e o entrevistador que é psicólogo devidamente habilitado e registrado no Conselho Regional de Psicologia de Santa Catarina, estará apto a oferecer atendimento psicológico gratuito ou lhe encaminhará para acolhimento ao Serviço de Atenção Psicológica da Universidade Federal de Santa Catarina (SAPSI/UFSC), ou outro serviço de saúde mais próximo de sua residência.

Outro **risco** inerente à pesquisa é a remota possibilidade da

quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional (por exemplo, perda ou roubo de documentos, computadores, *pendrive*). Sinta-se **absolutamente à vontade** em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa e com a certeza de que você não terá qualquer prejuízo. Caso você venha a sofrer qualquer dano ou prejuízo decorrente desta pesquisa, você terá **garantia de indenização**.

Todas as informações colhidas serão analisadas em caráter estritamente científico, os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o **sigilo**. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas da área da psicologia e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, **sem revelar seu nome**, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Os dados da sua entrevista serão utilizados apenas para essa pesquisa e ficarão **armazenados por pelo menos cinco anos**, em sala e armário chaveados, de posse da pesquisadora responsável, podendo ser descartadas (deletados e incinerados) posteriormente ou mantidos armazenados em sigilo. Você não terá despesas pessoais em qualquer fase deste estudo e também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Caso você tenha alguma despesa ou qualquer prejuízo financeiro em decorrência desta pesquisa, você terá garantia de **ressarcimento**.

Por outro lado, embora esta pesquisa não lhe ofereça **benefícios** diretos imediatos, você contribuirá para o desenvolvimento de novos conhecimentos que poderão servir de subsídio para políticas e ações que visam a promoção da saúde do idoso, a partir de uma perspectiva do envelhecimento ativo.

O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a **Resolução 466/12**, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. **Duas vias** deste documento estão sendo **rubricadas e assinadas por você e pelo pesquisador responsável**. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Caso você queira maiores explicações sobre a pesquisa você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Professor Dr. Brígido Vizeu Camargo, por meio dos telefones: (48) 3721-9067; do email brigido.camargo@yahoo.com.br ou pessoalmente no Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição, localizado no Centro

APÊNDICE D - Solicitação de autorização institucional para a realização da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Solicitação de Autorização Institucional para Pesquisa

Aos responsáveis pelo **Nome da Instituição/Setor**,

Meu nome é Anderson da Silveira, sou aluno do Mestrado de Psicologia da UFSC e estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **Representações sociais do corpo, bem-estar psicológico e social e práticas de cuidado corporal adotadas por idosos**, sob orientação do Professor Dr. Brigido Vizeu Camargo e com a co-orientação da Professora Dra. Andréia Isabel Giacomozzi, ambos vinculados ao Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (LACCOS), do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Para isso, solicitamos a colaboração da **Nome da Instituição** para que eu seja autorizado a realizar a aplicação do instrumento de pesquisa com os idosos atendidos por vossa instituição. Nosso objetivo é conseguir a participação de 40 participantes. A aplicação do instrumento de coleta de dados será realizada de forma individual, em forma de entrevista, mediante consentimento dos próprios participantes, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A condução da pesquisa será realizada de acordo com o que preconiza a **Resolução 466/12** do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Cada entrevista terá um tempo médio de 40-60 minutos.

Nós nos comprometemos a repassar à Instituição um relatório com a síntese dos resultados assim que o estudo estiver concluído.

Salientamos que não será feita a identificação dos participantes no estudo e nem haverá prejuízo às atividades regulares. Quaisquer outros esclarecimentos podem ser feitos através do *email* andersonsilveirapessoal@gmail.com ou pelo telefone (48) 9 9900-0949.

O docente responsável por essa atividade é o Professor Dr. Brigido Vizeu Camargo que pode ser contactado no *email*: brigido.camargo@yahoo.com.br.

Desde já agradecemos a colaboração.

Anderson da Silveira

Eu, _____, RG _____, responsável pela **Nome da Instituição/Setor**, desenvolvido na **Instituição, Endereço Completo**, declaro estar ciente dos objetivos e procedimentos do estudo acima citado e concordo com a sua realização.

Assinatura do responsável.

Data: ____/____/____

ANEXOS

ANEXO A - Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

A seguir são apresentados uma série de sentimentos, emoções e estados de ânimo diferentes. Para cada emoção proposta, marque com um X o número que melhor indica como o Sr. (a) se sentiu durante o último ano.

Interessado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
Perturbado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
Entusiasmado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
Aborrecido (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
Amedrontado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
Inspirado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
Assustado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
Determinado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
Nervoso (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
Orgulhoso (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
Inquieto (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
Ativo (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
Envergonhado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
Alerta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
Culpado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
Atento (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
Irritado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
Forte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
Hostil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
Empolgado (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre

ANEXO B - Social Well-Being Scales

Na sequência, são apresentadas frases que refletem relações vivenciadas no seu cotidiano. Para responder a tais questões, leia com atenção os itens apresentados, marcando com um X a opção que melhor caracteriza estes aspectos hoje no seu caso.

Sinto que não pertença a algum grupo social ou comunidade.

<input type="radio"/> Discordo Plenamente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Nem concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo plenamente	<input type="radio"/> Não sei
---	---	---	---	---	----------------------------------

Creio que as pessoas são amáveis (boas).

<input type="radio"/> Discordo Plenamente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Nem concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo plenamente	<input type="radio"/> Não sei
---	---	---	---	---	----------------------------------

Se eu tivesse algo para dizer, acredito que as pessoas do meu grupo ou comunidade me escutariam.

<input type="radio"/> Discordo Plenamente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Nem concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo plenamente	<input type="radio"/> Não sei
---	---	---	---	---	----------------------------------

Acho que não posso contar com as pessoas.

<input type="radio"/> Discordo Plenamente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Nem concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo plenamente	<input type="radio"/> Não sei
---	---	---	---	---	----------------------------------

Acho que as pessoas só pensam em si mesmas.

<input type="radio"/> Discordo Plenamente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Nem concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo plenamente	<input type="radio"/> Não sei
---	---	---	---	---	----------------------------------

Não tenho tempo ou energia para contribuir com algo para meu grupo ou comunidade.

<input type="radio"/> Discordo Plenamente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Nem concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo plenamente	<input type="radio"/> Não sei
---	---	---	---	---	----------------------------------

Acho que eu posso contribuir com algo para o mundo.

<input type="radio"/> Discordo Plenamente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Nem concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo plenamente	<input type="radio"/> Não sei
---	---	---	---	---	----------------------------------

Acho que a nossa sociedade é um lugar produtivo para as pessoas viverem.

<input type="radio"/> Discordo Plenamente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Nem concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo plenamente	<input type="radio"/> Não sei
---	---	---	---	---	----------------------------------

Se eu tivesse algo para dizer, acho que meu grupo ou minha comunidade não me levariam a sério.

<input type="radio"/> Discordo Plenamente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Nem concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo plenamente	<input type="radio"/> Não sei
---	---	---	---	---	----------------------------------

Acredito que sou valorizado como pessoa pelos membros da sociedade.

<input type="radio"/> Discordo Plenamente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Nem concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo plenamente	<input type="radio"/> Não sei
---	---	---	---	---	----------------------------------

Acredito que as pessoas são egoístas.

<input type="radio"/> Discordo Plenamente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Nem concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo plenamente	<input type="radio"/> Não sei
---	---	---	---	---	----------------------------------

Sinto que as pessoas não são confiáveis.

<input type="radio"/> Discordo Plenamente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Nem concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo plenamente	<input type="radio"/> Não sei
---	---	---	---	---	----------------------------------

Acho que as pessoas se importam com os problemas dos outros.

<input type="radio"/> Discordo Plenamente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Nem concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo plenamente	<input type="radio"/> Não sei
---	---	---	---	---	----------------------------------

Vejo meu grupo ou minha comunidade como uma fonte de conforto.

<input type="radio"/> Discordo Plenamente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Nem concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo plenamente	<input type="radio"/> Não sei
---	---	---	---	---	----------------------------------

Minhas atividades diárias não produzem nada de bom para meu grupo.

<input type="radio"/> Discordo Plenamente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Nem concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo plenamente	<input type="radio"/> Não sei
---	---	---	---	---	----------------------------------

Meu comportamento tem impacto sobre outras pessoas do meu grupo.

<input type="radio"/> Discordo Plenamente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Nem concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo plenamente	<input type="radio"/> Não sei
---	---	---	---	---	----------------------------------

Sinto-me próximo (a) das outras pessoas do meu grupo ou comunidade.

<input type="radio"/> Discordo Plenamente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Nem concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo plenamente	<input type="radio"/> Não sei
---	---	---	---	---	----------------------------------

Acho que meu trabalho gera produtos importantes para a sociedade.

<input type="radio"/> Discordo Plenamente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Nem concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo plenamente	<input type="radio"/> Não sei
---	---	---	---	---	----------------------------------

Acredito que as pessoas estão cada vez mais desonestas hoje em dia.

<input type="radio"/> Discordo Plenamente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Nem concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo plenamente	<input type="radio"/> Não sei
---	---	---	---	---	----------------------------------

Sinto que não tenho nada de importante para acrescentar à sociedade.

<input type="radio"/> Discordo Plenamente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Nem concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo plenamente	<input type="radio"/> Não sei
---	---	---	---	---	----------------------------------

Sinto que sou uma parte importante do meu grupo ou comunidade.

<input type="radio"/> Discordo Plenamente	<input type="radio"/> Discordo parcialmente	<input type="radio"/> Nem concordo nem discordo	<input type="radio"/> Concordo parcialmente	<input type="radio"/> Concordo plenamente	<input type="radio"/> Não sei
---	---	---	---	---	----------------------------------