
PRISCYLLA LILLIAM KNOPP

**“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO ENTRE
IDOSOS ESPÍRITAS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia por Priscylla Lilliam Knopp. Orientadora: Prof. Dra. Raimunda Célia Torres

JUIZ DE FORA

2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço profundamente à querida orientadora Célia que, com coragem e solicitude, enfrentou o desafio da atuação interdisciplinar nos processos psicossociais em saúde, enriquecendo profundamente minha formação intelecto-moral como fisioterapeuta e como pessoa;

Aos professores Cláudia Mármora e Telmo Mota Ronzani, pelo constante incentivo, assim como à professora Simone Meira de Carvalho, pelo empenho e solicitude durante minha graduação;

Aos professores Marcos Freitas e Maria Alice Caldas, reitero minha gratidão por enriquecer minha trajetória nos rumos da docência, assim como aos alunos do Estágio Supervisionado em Atenção Primária à Saúde, da disciplina de Políticas Sociais e Psicologia, às co-orientandas Cintia e Aline e aos alunos do Treino de Pesquisa.

Agradeço aos amigos da turma “2011” não só pelo respeito do convívio interdisciplinar, mas pelas produtivas trocas de saber, pelo carinho e paciência. Aos meus amigos Fábio, Lílian e aos companheiros do CEAP pelo apoio constante;

A Diana e William, queridos pais, agradeço por me ensinarem ir cada vez mais longe;

Agradeço a compreensão, carinho e incentivo do meu companheiro Gustavo;

Aos queridos idosos que, com tanta solicitude, tornaram este trabalho possível e me lembraram a necessidade de transcender a matéria, em busca de algo maior e melhor;

Aos professores, Alexander Almeida e Maria Inês Millen, pela valorosa colaboração nas diretrizes teórico-metodológicas deste trabalho.

Por fim, agradeço a CAPES, pelo fundamental financiamento desta pesquisa.

"Quem teve o privilégio de viver muito
sabe que o tempo é um mestre muito caprichoso.

Às vezes, suas lições são tão repentinas que quase nos afogam.
Outras vezes, elas se depositam devagar, como a conta-gotas, diante da avidez de nossas
perguntas.

E por isso, quem teve o privilégio de viver muito tempo,
aprende a olhar com serenidade o turbilhão da vida.
Amores ardentes se extinguem, urgências se acalmam, passos ágeis ralentam.

Enfim, tudo muda.

Muda o amor, mudam as pessoas, muda a família, só o tempo permanece do mesmo modo...
sempre passando.

E é por isso que eu queria esta noite, erguer um brinde a ele, que esculpiu no meu rosto e na
minha alma a sua marca, da qual eu tanto me orgulho.

Então, ao tempo..."

Autor desconhecido

(Fala de uma personagem idosa na novela "A Vida da Gente" de Lícia Manzo)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	01
<u>CAPÍTULO I: SAÚDE E ENVELHECIMENTO NO BRASIL: BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO.....</u>	05
1.1. Saúde: contextualizando diferentes paradigmas e concepções.....	05
1.2. Envelhecimento no Brasil: panorama geral.....	11
1.3. Representações Sociais sobre o Idoso: identificando padrões existentes.....	16
<u>CAPÍTULO II: SAÚDE, RELIGIOSIDADE E ENVELHECIMENTO: CONEXÕES EXISTENTES.....</u>	26
2.1. Religião: as diferentes perspectivas.....	27
2.2. Religiosidade, Saúde e o Idoso.....	35
<u>CAPÍTULO III: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE E ENVELHECIMENTO ENTRE IDOSOS ESPÍRITAS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA.....</u>	45
3.1. Caracterização da pesquisa: objetivos e procedimentos operacionais	45
3.2. Resultados e Análise dos dados.....	48
3.2.1. Caracterização dos idosos residentes na cidade de Juiz de Fora e dos participantes da pesquisa.....	52
3.2.2. Representações Sociais: descrição e análise.....	55
3.2.2.1. Representação Social sobre Saúde.....	55
3.2.2.2. Representações Sociais sobre Envelhecimento e Idoso.....	63
3.2.3. Religiosidade Espírita, Saúde e Envelhecimento: diálogos estabelecidos.....	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
BIBLIOGRAFIA.....	80
ANEXOS E APÊNDICES:	88

RESUMO

O presente trabalho tem como propósito identificar, analisar e discutir as *Representações Sociais de Saúde e Envelhecimento entre idosos Espíritas* buscando evidenciar a articulação, cada vez mais estreita, entre a saúde e a religiosidade do idoso. Tomando-se como parâmetro metodológico a abordagem qualitativa, foram realizados três Grupos Focais, dos quais participaram dezesseis idosos que exerciam trabalho voluntário em três Centros Espíritas da cidade de Juiz de Fora, além de entrevistas individuais com treze idosos que ocupavam cargos de presidência e ou direção nestes mesmos centros. Os resultados obtidos - analisados através da Hermenêutica-Dialética apontaram que a vivência religiosa Espírita pode exercer significativa influência na construção das Representações Sociais acima indicadas. Conclui-se que um programa de intervenção no campo da saúde do idoso em contexto espiritista poderia propiciar um 'bom' envelhecimento, ao favorecer sociabilidade e convivência, permitindo a este idoso senso de pertencimento, apoio social, aumento do controle secundário e orgulho/alegria pela realização de um trabalho voluntário. Em relação à saúde, atuaria estimulando comportamentos favoráveis e/ou ofertando recursos terapêuticos próprios, justificáveis pela concepção de "ser Espírito", cerne do status de saúde.

Palavras-chave: envelhecimento, religiosidade e saúde.

ABSTRACT

This study aims to identify, analyze and discuss the Social Representations of Health and Ageing among older Spiritists to understand the relationship between health and religiosity of the elderly. Taking as parameter methodological qualitative approach, three focus groups were conducted, of which sixteen seniors who participated in volunteer work exerted in three Spiritist Centers in the city of Juiz de Fora, plus interviews with thirteen seniors who held positions of president and or direction in these same centers. The results - analyzed through Hermeneutic-Dialectic pointed out that Spiritist religious experience can exert significant influence on the construction of social representations above. We conclude that an intervention program in the health of the elderly in the context spiritist could provide healthy aging, promote sociability and conviviality, allowing this old sense of belonging, social support, increased secondary control and pride / joy by performing volunteer work. In relation to health, would stimulate positive behaviors and / or offering therapeutic resources themselves, justified by the concept of being "spirit", heart health status.

Keywords: aging, religion and health.

INTRODUÇÃO

Uma breve análise da formação/intervenção do profissional de Fisioterapia no país, recentemente, nos permite afirmar que o Fisioterapeuta que deseja atuar nas atividades de Pesquisa, Extensão e Docência, sob a ótica de uma concepção ampliada de Saúde, enfrenta grande desafio.

Este desafio está diretamente relacionado à breve trajetória da Fisioterapia enquanto profissão regulamentada, no Brasil, no final da década de sessenta, bem como à sua predominante história no âmbito das intervenções meramente reabilitacionais - fator que dificulta a superação de concepções puramente biomecânicas ou que efetivamente apresente formas de avaliação e intervenção sobre as dimensões psíquicas e sociais.

Verifica-se, nesse caso, que a hegemonia desta concepção na formação deste profissional polariza o conhecimento em um aporte teórico-prático biopatológico que pouco contribui para uma visão mais ampla do sujeito: um ser onde "o corpo humano é atravessado pelas determinações das condições, situações e estilos de vida" (Minayo, 2010, p. 39).

Vale salientar que, o estudo do movimento humano, objeto específico do Fisioterapeuta, não é restrito ao seu componente orgânico, mas conforme sinaliza o próprio Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO):

(...) em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da Biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, e da cinesia patologia de órgãos e sistemas do corpo humano e *as disciplinas comportamentais e sociais* (COFFITO, 2012, Definição).

Com base no exposto observa-se que, embora constem como disciplina de formação, os aspectos psicossociais ocupam um lugar tímido nos currículos acadêmicos e mais ainda na prática profissional do Fisioterapeuta.

Este acanhado lugar é antagônico às discussões acerca dos conceitos e paradigmas referentes à saúde, atualmente fundamentados em concepções que envolvem cada vez mais os aspectos psíquicos e sociais, compreendendo-os como parte integrante do conjunto humano.

A literatura especializada demonstra que, a aproximação entre as Ciências da Saúde e as Ciências Humanas - principalmente a Sociologia, a Antropologia e a Psicologia -, favorece

uma concepção ampliada de saúde, propiciando o acesso às vivências e à dimensão sociocultural dos sujeitos, entendendo-os como parte do processo de construção das diferentes concepções do que vem a ser saúde, aspectos de grande relevância, nos estudos sobre *Saúde*, de maneira geral, e sobre *Representações Sociais em Saúde*, de forma mais específica.

Dentre estas dimensões socioculturais formadoras de Representações, encontra-se a religião, tema crescente de trabalhos acadêmicos que articulam a experiência religiosa com a saúde, inclusive entre idosos. Alguns autores apontam indícios de que a população idosa pode apresentar maior religiosidade, embora não estejam totalmente claras as causas e consequências destes resultados (Valente, Bachion & Munari, 2004).

Decorre, daí, meu interesse em estudar - de forma mais específica - elementos diretamente relacionados à saúde, dentre eles a interferência da religião/religiosidade nesse processo – ideias preliminares que resultaram na definição da temática/ objeto de estudo do trabalho ora apresentado.

Ressalte-se então um momento crucial - no qual a fragilidade observada no processo de formação do profissional de Fisioterapia anteriormente apontada –, tornou-se tema de inúmeros questionamentos, sobretudo no momento em que minha atuação profissional específica exigiu conhecimentos diferenciados.

Este pertencimento se estabeleceu pela experiência desenvolvida em núcleos Espíritas, tanto como confissão religiosa pessoal, quanto como espaço de estágio em Fisioterapia Geriátrica. Além disso, o exercício do cargo de supervisora de estágio em Atenção Primária à Saúde (APS) fortaleceu a concepção de que a atuação do Fisioterapeuta não pode abstrair o sujeito do seu contexto social, menos ainda das crenças com as compartilha.

Todas essas vivências tornaram imperiosa a necessidade de não reproduzir uma concepção restrita de saúde, impulsionando significativamente a sua ampliação no que diz respeito à função religiosa nos mecanismos sociais e psíquicos nos determinantes da saúde do idoso.

Porém, muitos foram os desafios presentes neste processo, dentre eles o preconceito em relação ao estudo sobre religião no meio acadêmico, o desconhecimento sobre a causa/relevância de um profissional Fisioterapeuta escolher este tema de estudo, além do fato do objeto de estudo definido estar diretamente relacionado ao pertencimento religioso da pesquisadora em questão.

Portanto, um estudo sistemático sobre a temática tornou-se imprescindível, buscando adequar conteúdo teórico e estratégias metodológicas de maneira que a respeitabilidade/legitimidade acadêmica ficasse assegurada, inclusive, através do exercício da criticidade.

Partindo-se dessa premissa, verifica-se que o estudo das principais correntes teóricas referentes ao pensamento social e sobre a categoria saúde, permitiram questionamentos importantes sobre as implicações da filiação religiosa da pesquisadora no tratamento do objeto de pesquisa, proporcionando um amadurecimento acadêmico que muito contribuiu para uma análise melhor posicionada.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como propósito identificar, analisar e discutir as *Representações Sociais sobre Saúde e de Envelhecimento* entre idosos frequentadores de Centros Espíritas, levando-se em conta o contexto religioso no qual estão inseridos.

Em síntese, interessa-nos colocar em debate como vem sendo pensada a saúde da população desta faixa etária - que se torna cada vez mais expressiva - questionando-se a ideia de que a saúde do idoso deve restringir-se à contensão dos agravos decorrentes das doenças crônicas não transmissíveis e colocando a necessidade de ações que proporcionem efetivas condições de amparo à saúde mental, à capacidade funcional e ao suporte social.

Desta forma, é bastante oportuno refletir sobre a possibilidade do estudo da religiosidade no contexto da saúde do idoso favorecer estratégias em saúde condizentes com as características próprias deste segmento populacional, subsidiando também uma reflexão sobre a atuação dos espaços religiosos (dentre eles, o Centro Espírita), como possível ferramenta promotora de saúde para a terceira idade.

Com o intuito de facilitar a articulação dos temas a serem abordados neste estudo, o trabalho será estruturado em três capítulos, além da *Introdução* e *Considerações Finais*.

O Capítulo I, intitulado “***Saúde e envelhecimento no Brasil: Breve contextualização***” apresenta, retrospectivamente, diferentes conceitos/definições, paradigmas e intervenções no campo da saúde - pormenorizados no subitem “*Saúde: Diferentes concepções/conceitos*” - além de algumas considerações sobre o envelhecimento populacional no Brasil e as Representações Sociais sobre o Idoso, predominantemente identificadas nos subitens, “*Envelhecimento no Brasil: Considerações gerais*” e “*Representações Sociais sobre o Idoso: Identificando padrões existentes*”.

O Capítulo II “***Saúde, Religiosidade e Envelhecimento: Conexões existentes***” aborda os principais conceitos que embasam os termos religião/religiosidade, relacionando-os com a saúde e com o processo de envelhecimento, utilizando-se para isto dos subitens “*Religião: as diferentes perspectivas*”, “*Religiosidade e Saúde*” e “*Religiosidade Espírita e o Idoso*”.

Intitulado “***Representações Sociais sobre Saúde e Envelhecimento entre idosos espíritas no município de Juiz de Fora***” o Capítulo III tem por objetivo apresentar e esclarecer as estratégias metodológicas utilizadas no presente trabalho, explicitando seus objetivos, o campo de investigação, os sujeitos envolvidos, instrumentos operacionais adotados, os aspectos éticos, os resultados encontrados e suas respectivas análises.

Por fim, nas *Considerações Finais* serão apresentadas as principais considerações e análises decorrentes dos dados coletados bem como suas respectivas implicações teórico-práticas no âmbito da saúde do idoso tanto no cenário acadêmico quanto nas práticas profissionais - inclusive, as de natureza religiosa.

CAPÍTULO I

SAÚDE E ENVELHECIMENTO NO BRASIL: Breve contextualização

Recentemente, os temas *Saúde e Envelhecimento* têm se destacado dentre os estudos sobre desenvolvimento humano, bem como na produção acadêmica relacionada a processos psicossociais em saúde e saúde coletiva (Uchôa, Firmo & Lima-Costa, 2011).

Tal fato, não se relaciona apenas à crescente longevidade do brasileiro e ao inerente aumento de acometimentos crônicos na saúde do idoso, mas também com a necessidade de discussões a respeito dos impactos deste perfil - cronicidade/longevidade - nos diferentes níveis da sociedade, e ainda sobre os antigos e atuais paradigmas sobre Saúde, Envelhecimento, Idoso/Velho (Uchôa et al., 2011).

Desta forma, o capítulo ora apresentado pretende apontar diferentes abordagens conceituais que permitam a compreensão de diferenciados enfoques sobre saúde, bem como apresentar, sucintamente, um panorama dos paradigmas predominantes sobre o idoso na atualidade.

1.1. Saúde: contextualizando diferentes paradigmas e concepções

Inicialmente, é importante destacar que as concepções de saúde identificadas ao longo da história do Brasil estiveram sempre em conformidade com a respectiva conjuntura socioeconômica, política e cultural de cada época. Portanto, são permeadas por questões específicas do período histórico vivenciado, do lugar, das classes sociais envolvidas, pelos valores compartilhados e pelas concepções científicas, religiosas e filosóficas predominantes (Scliar, 2007). Ou seja, são historicamente determinadas, o que implica dizer que se diferenciaram em cada período da nossa trajetória, desde o passado, como colônia, até os dias atuais.

No período colonial, a concepção de saúde como ‘ausência de doença’ era predominante. Alicerçava-se na conjuntura econômica extrativista, a exemplo dos ciclos do

pau-brasil e da mineração e se concretizava em ações de saúde centradas no combate à doença, contenção de agravos, utilizando-se principalmente da medicina popular ou, quando se tratava de famílias abastadas, profissionais da medicina legal (Bertolozzi & Greco, 1996).

A relação colônia-metrópole, estabelecida por critérios econômicos, orientava os olhares europeus para o potencial de produção de recursos naturais pela então colônia, levando para segundo plano as ações de desenvolvimento social e de saúde. As tímidas ações em saúde, quando disponíveis, eram implantadas mediante as necessidades circunstanciais da colonização ou desenvolvidas pela própria população, esta por sua vez, orientada pela relação com a natureza, utilizando plantas/ervas medicinais, auxílio de curandeiros e/ou outras figuras de saber popular (Idem, 1996).

Paim (2009) detalha melhor esta fase relatando que, durante o período colonial, a organização sanitária do Brasil era espelho do modelo português, onde as tropas militares subordinavam-se ao cirurgião-mor e as ações de saúde (nas sociedades que se formavam nas capitanias) mantinham o foco no saneamento e profilaxia das doenças epidêmicas - inclusive aquelas que geravam prejuízo à mão-de-obra. Neste mesmo período encontra-se um dos primeiros referenciais de atenção à saúde em moldes hospitalares: as Santas Casas de Misericórdia ¹.

A vinda da Família Real, a partir de 1808, e a iminente transição do período Colonial para o Imperial, gerou uma série de modificações no campo dos serviços em saúde, uma vez que atenderiam à Família Real, à crescente elite que se instalava, assim como aos senhores donos da terra/exportadores e aos seus respectivos familiares (Bertolozzi & Greco, 1996).

O período Imperial demarcou o maior envolvimento do Estado Brasileiro (Monarquia Constitucional Parlamentarista) na Saúde Pública observada, por exemplo, pela criação do Conselho Superior de Saúde Pública. Esta instituição delineou medidas de higiene escolar e de proteção à crianças e adolescentes no trabalho das fábricas (Paim, 2009) –

¹ Uma das primeiras unidades no Brasil localizava-se na cidade de Santos, fundada por Brás Cubas, em 1543, associada à Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos. Posteriormente, unidades similares a esta foram fundadas nas cidades de Olinda, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo, indicando uma forte e frutífera relação entre saúde brasileira e cristandade filantrópica - uma vez que o alvo destas instituições eram indigentes, viajantes e doentes pobres (Paim, 2009).

verificando-se mais uma vez que a questão econômica teve forte peso na elaboração de estratégias/órgãos ligados à saúde.

Embora representassem certo avanço, essas ações/organizações sanitárias eram centralizadas, rudimentares e, conseqüentemente, ineficientes para responder às demandas populacionais - inclusive as próprias epidemias - muito menos garantir atendimento aos doentes de forma universal (Paim, 2009). Este panorama só começa a se modificar com a proclamação da República.

As principais ações de Saúde desenvolvidas no período Republicano também se basearam na concepção de ‘ausência de doença’, caracterizadas por serem executadas, em sua maioria, mediante a patologia já instalada. Bertolozzi & Greco (1996) apontam que, apesar das ações curativas serem predominantes, também é possível observar neste período algumas formas de ações preventivas na contenção de epidemias, mesmo que focadas em suas conseqüências econômicas, não necessariamente no bem-estar da população. De acordo com estes autores, as ações referentes à Saúde Pública no período republicano tinham como pano de fundo a necessidade de escoamento da produção, se destacando pelas campanhas, cujo objetivo era o controle de surtos e epidemias, tais como a de varíola e tuberculose, que representavam perigo à agroexportação.

Podemos observar que, por mais que as ações em Saúde avançassem, com a formação de Instituições específicas e Sistemas rudimentares, ainda prevalecia o paradigma de saúde como “ausência de doença”, cujas práticas eram focadas na identificação/contenção dos agentes etiológicos, biologicamente determinadas e centradas no indivíduo e intimamente relacionadas à manutenção de mão-de-obra para atender a produção, fator imprescindível ao crescimento da República (Andrade, Bueno, Bezerra & Silva, 2012).

Na primeira metade do século XX, as epidemias continuavam sendo a principal preocupação do poder público e, por isso, embasaram uma série de mobilizações visando obter mudanças na organização sanitária. Este movimento foi liderado por médicos e contava com o apoio de autoridades políticas e intelectuais, culminando na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920 (Paim, 2009).

Dentre as ações deste departamento constavam a estruturação permanente de serviços de saúde em áreas urbanas e rurais, campanhas sanitárias lideradas por nomes como

Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, implantação e desenvolvimento dos Códigos Sanitários, além da implantação de instituições científicas voltadas para a pesquisa biomédica (Idem, 2009).

Neste contexto, estava em fase de formalização outro forte paradigma de saúde no país: saúde como ausência de doença, sendo a doença de origem biológica e o domínio biológico uma das principais dimensões de intervenção nas estratégias de saúde pública.

O enrijecimento da concepção biomédica de “ausência de doença” desfavoreceu, por muito tempo, a implementação de estratégias de saúde que consideravam as diferentes dimensões do processo saúde-doença. Ficava relegada a segundo plano a contextualização dos sujeitos em suas realidades econômicas, sociais e culturais, exemplo disso, a vacinação e o desalojamento compulsórios que tornavam a saúde por vezes “caso de polícia” (Paim, 2009; Andrade et al., 2012; Becker et al., 2009, Langdon, 2009, Sá & Gómez-Puerto, 2009).

Esta concepção só começa a se modificar no final do século XX, quando o Brasil passa por significativas modificações no cenário social e político, dentre elas a redemocratização e o forte crescimento da industrialização (Andrade et al., 2012).

Embora ainda fossem predominantes concepções de saúde focados na doença e descontextualizado da realidade dos sujeitos, tensionamentos políticos e teóricos, associados à efervescência de novas discussões sobre saúde sob a perspectiva de órgãos como a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), apontaram a relevância das dimensões sociais e psíquicas sobre o tema (Organização Pan-americana de Saúde [OPAS], 2011; Andrade et al., 2012; Araujo, Brito & Novaes, 2008).

Em relação à produção intelectual sobre saúde/doença na América Latina durante as décadas de 1950 a 1970, Minayo (2010, citando Nunes, 1985) aponta que, na década de 1950, as teorias funcionalistas e culturalistas da saúde foram centrais nos trabalhos acadêmicos, tendo como resultado prático a “implementação de desenvolvimento e organização de comunidade” (Minayo, 2010, p.79).

Cronologicamente situado neste período, encontra-se o conceito de Saúde apresentado pela OMS de 1948, que amplia a concepção de saúde ao propor a inserção da dimensão psicossocial a partir do enunciado “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de doenças ou enfermidades” (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2012).

Em contrapartida, o pensamento fenomenológico predominou nas décadas de 1960 e 1970 com sensíveis repercussões na saúde coletiva, onde efervesceram questionamentos sobre a onipotência/onipresença do “Estado sobre os indivíduos e grupos de referência, além da arbitrariedade impositiva das classes dominantes por meio dos sistemas de saúde” (Minayo, 2010, p.79). Esta vertente negava os princípios positivistas e funcionalistas, que tinham como prática a concepção de todo como sinônimo de massas, fortalecendo a afirmação dos “direitos individuais, do princípio da autonomia, das pessoas, e da construção de grupos mediadores entre o Estado e as grandes instituições médicas e sanitárias” (Idem, p.79).

Na opinião da autora, o fortalecimento da perspectiva fenomenológica foi de grande importância na superação dos modos de entendimento e ações em saúde de molde positivista sociológico, orientando-se pelos significados subjetivos de saúde/doença e na “condenação teórica do anonimato, das leis gerais e das invariâncias” (Ibidem, p.79).

Com a ampliação de trabalhos sob orientação marxista na década de 70, ganha relevância a concepção de saúde associada à resistência da população ao autoritarismo e à violência política vigente no período da ditadura militar, resultando em propostas de mudanças estruturais na distribuição e acesso à saúde, esta entendida como bem social (Ibidem, 2010).

Já na década de 80, o constante incentivo às discussões sobre conceitos mais ampliados de saúde, impulsionados pelas OPAS e OMS, assim como pela participação de membros da sociedade acadêmica ligada às ações comunitárias, e ainda da própria população - esta última imbuída do sentimento democrático e participativo pós-ditadura militar -, abriu espaço para as pautas discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde (Fundação Oswaldo Cruz [FIOCRUZ], 2012).

Foi a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, marco histórico da saúde no Brasil, que foram definidas as principais diretrizes para a formulação do Sistema Único de Saúde brasileiro - SUS -, apresentado na Constituição Brasileira de 1988 e posteriormente regulamentado pela Lei 8080, de 1990, onde se observa uma concepção de saúde ampliada, multifatorial e contextualizada à realidade dos sujeitos (Idem, 2012).

A partir daí, saúde passa a adotar como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda,

a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (Conselho Nacional de Secretários de Saúde [CONASS], 2003, p.22).

No trecho acima pode ser observado um real avanço na concepção de saúde no Brasil. No que se refere à inserção da dimensão psicossocial, apresenta-se ainda, outra superação paradigmática de alta relevância: a possibilidade de integrar a espiritualidade como uma das dimensões da saúde humana – dimensão presente no contexto deste trabalho.

Autores como Luchetti, Granero, Bassi, Latorraca & Nacif (2010), Moreira-Almeida, Pinski, Zalensky & Laranjeira (2010), Batista (2010), Alves, Alves, Barboza & Souto (2010), Krause (2009), Saad & Almeida (2008), Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck (2007), Rocha (2002) e Koenig, McCullough & Larson (2001) apresentam indícios da associação desta dimensão com diferentes indicadores de saúde e qualidade de vida, embora ainda não seja claro na literatura acadêmica como esta interação se estabelece.

A ideia de que a religiosidade/espiritualidade pode ser concebida como uma dimensão da saúde humana favorece a abertura de um conceito mais dinâmico, que leva em consideração o contexto sociocultural, a capacidade de autogerenciamento dos sujeitos, de suas crenças e de significação em diferentes situações de vida, numa perspectiva que se aproxima das concepções da antropologia da saúde (Langdon, 2009).

Pesquisas de abordagem antropológica demonstram que o contexto sociocultural tem uma forte influência nas manifestações do processo de saúde-doença, partindo do princípio de que todos os grupos constroem culturalmente seus próprios sistemas de “saúde” e que estes sistemas modelam a maneira dos sujeitos perceberem seus “status” de saúde ou doença, assim como sustentam as práticas de prevenção e cura (Becker et al., 2009; Langdon, 2009).

A abordagem antropológica da saúde é, ao mesmo tempo, convergente e ampliadora da concepção de saúde observada na Lei 8080 que implementa o SUS, pois busca compreender e valorizar a natureza dos itinerários terapêuticos e a eficácia das terapias escolhidas pelos próprios sujeitos (Idem).

Ao considerar os diferentes sistemas de saúde culturalmente construídos pelos grupos, a antropologia permite contextualizar a saúde sob a perspectiva do sujeito, suas representações a respeito do que é considerado como saudável ou não em diferentes questões

da vida, tais como: higiene, comportamento, alimentação, práticas curativas ou preventivas, ou seja, reconhecendo que existem outras maneiras de produzir conhecimento sobre saúde além da biomedicina (Ibidem).

Esta perspectiva permite que o profissional de saúde possa compreender o mecanismo cultural que estabelece os símbolos e significados dos conceitos de saúde utilizados, contextualizando suas ações às crenças compartilhadas e ainda abrindo novas perspectivas para a sua prática (Ibidem).

Desta maneira, este trabalho orienta-se por uma concepção de saúde que, além de multidimensionada, considera as imagens socialmente construídas, levando em consideração as vivências, crenças e representações nos diferentes grupos populacionais, neste caso específico, dos idosos.

1.2. Envelhecimento no Brasil: Considerações Gerais

Segundo o IBGE a população idosa no Brasil cresce vertiginosamente alcançando a parcela de 10% da população total com previsão de crescimento de quinze vezes até o ano 2025, onde poderá ocupar o sexto lugar no contingente de idosos em relação a outros países do globo (Ministério da Saúde, 2010).

Em países em desenvolvimento como o Brasil, o “limiar do início da velhice” é demarcado pelos sessenta anos de idade, mas também associado a uma série de modificações biológicas, psíquicas e sociais, esta última em nível microssocial (núcleo familiar e social próximo) assim como macrossocial, nas dimensões sócio-políticas e econômicas do país, complexificando as discussões do que vem a ser saúde para esta população (Idem, 2010).

No contexto do idoso, a saúde é normalmente vinculada à prevalência de doenças crônicas tais como, hipertensão, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e doenças não transmissíveis (DNT), exemplo, o acidente vascular encefálico (AVE) (Idem, 2010).

Considerando-se esta alta prevalência de doenças crônicas, torna-se incoerente, no contexto do idoso, a concepção de totalidade de bem - estar multidimensional emitida pelo

conceito de saúde da OMS (Huber et al., 2011). Desta forma, tendo em vista que o processo de envelhecimento brasileiro é relativamente novo, torna-se importante estimular novas formulações sobre os conceitos e paradigmas de saúde no contexto do idoso, assim como sobre a imagem que os grupos sociais e os próprios idosos têm de si e sobre o envelhecimento, questionando o espaço que ocupam na sociedade, nas relações intergeracionais, na economia formal e informal e no perfil previdenciário (Ministério da Saúde, 2010; Pegoraro, 2008; Baptista, Neves & Baptista, 2008; Portaria nº 2.528, 2006; Sant'anna, Câmara & Braga, 2003).

As crescentes e atuais discussões sobre Saúde e Envelhecimento, (Hein & Aragaki, 2012), ratificam a importância de se inserir a dimensão psicossocial, compreendendo que a relação entre os diferentes valores, crenças e imagens a respeito deste idoso se relacionam com os perfis de saúde e condições de vida (Idem, 2012). A complexidade desta fase da vida é decorrente da própria amplitude do processo de envelhecimento, entendido como:

(...) multidimensional que, embora geralmente identificado com a questão cronológica, envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociológicos. Além disso, as características do envelhecimento variam de indivíduo para indivíduo (dentro de determinado grupo social), mesmo que expostos às mesmas variáveis ambientais (Sant'anna, Câmara & Braga, 2003, p.4).

Minayo & Coimbra Jr (2011) descrevem esta complexidade, equivocadamente restrita a demarcação cronológica, chamando atenção para a contribuição da antropologia sobre esta fase/processo da vida:

Os estudos antropológicos demonstram que a infância, a adolescência, a vida adulta e a velhice não constituem propriedades substanciais que os indivíduos adquirem com o avanço da idade cronológica. Pelo contrário: o processo biológico, que é real e pode ser reconhecido por sinais externos do corpo, é apropriado e elaborado simbolicamente por meio de rituais que definem, nas fronteiras etárias, um sentido político e organizador do sistema social (Idem, p. 15).

Importante ressaltar que, embora a dimensão social seja de grande relevância nesta pesquisa, trabalhos como o de Hein & Aragaki (2012), propõe que a variação individual também deve ser valorizada, pois o envelhecimento passa pela experiência pessoal, trazendo uma particularidade nas formas como o idoso interpreta a si e a sua condição.

A partir de uma perspectiva ampliada de envelhecimento, é possível investigar diferentes características deste processo, dialogando com alguns dados sócios demográficos,

veiculados pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE-.

A questão de gênero, uma das características do envelhecimento brasileiro, consiste na forma como a sociedade constrói as diferentes ideias, valores, comportamentos e papéis sobre o que significa ser homem ou mulher, esta última denominada representação de gênero (Farah, 2004).

A predominância do sexo feminino é mais expressiva quanto mais longo for o segmento, o que interfere diretamente nas concepções de saúde, na sociedade, nos valores e até mesmo na sexualidade para esta faixa etária (Costa & Ciosak, 2010; Fonseca, Firmo, Filho & Uchôa, 2010; Ministério da Saúde, 2010; Portaria nº 2.528, 2006).

Dentre as questões específicas do gênero feminino no contexto do envelhecimento encontra-se o papel materno/cuidadora desta idosa nas suas relações intergeracionais, e no ainda predominante foco das ações em Saúde da Mulher para questões maternas puerperais, obviamente distantes das necessidades específicas de uma população idosa (Idem).

Saldanha & Caldas (2004) propõem que a feminização do segmento idoso estaria associada a comportamentos de menor risco entre as mulheres, tais como, menor ingestão de álcool e uso de tabaco, melhor percepção de doença, maior procura pelos serviços de saúde, forte atuação dos órgãos públicos na saúde materno-puerperal e menor exposição a risco, tais como acidentes domésticos (altamente questionável), de trabalho e trânsito, além de homicídios que, para a autora, são quatro vezes mais frequentes em homens do que em mulheres.

Em relação ao padrão de longevidade, o Ministério da Saúde aponta um padrão de idosos cada vez mais idosos, onde a população acima de 80 anos denominada de “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada”, apresentou a maior taxa de crescimento em relação a outros segmentos dessa faixa etária (Costa & Ciosak, 2010; Fonseca et al., 2010; Ministério da Saúde, 2010; Portaria nº 2.528, 2006).

Outra particularidade do envelhecimento brasileiro, com íntimas repercussões na saúde desta população, é a questão de território urbano/rural, observada pelas divergências de indicadores de saúde nas áreas urbanizadas em relação às rurais, assim como entre as diferentes regiões urbanizadas do país.

Segundo o Censo 2010, a população idosa (sessenta a cem anos) residente em Minas Gerais vive predominantemente em território urbano onde, teoricamente, teriam mais acesso aos serviços de saúde em diferentes fases da vida, desde campanhas de vacinação na infância até serviços especializados na área gerontológica, o que interfere na longevidade, qualidade de vida e saúde destes idosos (Ministério da Saúde, 2010; Portaria nº 2.528, 2006).

Entretanto, os desafios enfrentados pelos moradores das áreas urbanas tais como violência, alto custo de vida, diferentes tipos de poluição e ‘certo’ isolamento também devem ser analisadas, haja vista sua influência nesses indicadores (Idem).

A longevidade do brasileiro torna mais frequente e intensa a interação entre os segmentos etários, o que modifica o panorama das relações intergeracionais no contexto familiar e da sociedade em geral.

Segundo Camacho & Coelho (2010), Horta, Ferreira, & Zhao, (2010), Costa & Ciosak (2009) e Melo et al. (2009) a relação entre o idoso e os outros membros familiares pode ser estabelecida de diferentes maneiras, embora tenha destaque o posicionamento do idoso como mantenedor/auxiliador nas despesas do lar através da aposentadoria, e/ou ainda assumindo o papel de cuidador de outros membros do núcleo familiar, normalmente crianças.

Transcendendo os núcleos familiares, observa-se uma tendência deste idoso em inserir-se em diferentes atividades de grupos que podem prover suporte/amparo social e, desta forma, contribuir para a promoção de saúde e qualidade de vida desta população (Costa & Ciosak, 2009; Melo et al., 2009; Camacho & Coelho 2010; Horta et al., 2010).

Guerra & Caldas (2010) e Baptista, Neves & Baptista (2008) apontam que os grupos de terceira idade, ou outras associações comunitárias, podem ser recursos interessantes para enfrentar a questão do isolamento e depressão nos idosos. Este quadro pode ser intensificado nesta fase da vida por situações difíceis, porém frequentes nesta faixa etária, tais como a viuvez (especialmente feminina, visto a maior longevidade deste sexo), perda de amigos ou parentes próximos e, também, em situações de aposentadoria (Guerra & Caldas, 2010; Baptista et al., 2008).

A atenuação do quadro depressivo no idoso também está relacionada à questão da aposentadoria, onde os grupos permitiriam uma opção de atividade produtiva que, de certa

forma, substituiria o espaço da atividade laboral exercida, por vezes, durante toda a vida do sujeito (Idem).

O grupo de idosos corresponde à reunião de um número variável de sujeitos que se encontram durante um tempo e frequência pré-determinados, comungam de objetivos específicos e das redes de contatos pessoais. Durante a execução desses grupos ocorre, como propõe Ávila (1999), o desenvolvimento de códigos, de referências e de tradições que estabelece para seus integrantes um sentido de totalidade ou unidade que os diferencia de outros grupos.

O grupo, como subestrutura da sociedade, permite que o sujeito construa referenciais e sentidos para seus comportamentos, sendo esta construção processada pela via interior da personalidade “constituindo de fora para dentro tudo aquilo que o indivíduo é: seus valores, seus sentimentos, seus ideais”, bem como para o exterior do sujeito “em seus relacionamentos e em sua atuação social” (Idem, p.61).

É importante ressaltar que, a busca por estes núcleos, pode estar condicionada à percepção subjetiva de saúde, ou mesmo, objetiva (limitações físicas), pois pode viabilizar ou não a integração deste idoso nas atividades propostas (Guerra & Caldas, 2010; Baptista et al., 2008).

Segundo propõe Guerra & Caldas (2010) e Baptista et al., (2008), quando o idoso se integra ao grupo torna-se possível trabalhar e minimizar os efeitos das imagens e vivências negativas do envelhecimento através do contato social, do exercício do papel de cidadão, do aproveitamento das potencialidades do idoso e estímulo ao desenvolvimento de novas capacidades.

O exercício destas funções foi relacionado ao aumento da auto-estima, da motivação, do sentimento de realização pessoal e também com a melhora das condições físicas de saúde: funções cardiovasculares, endócrinas e de imunidade, por exemplo - estando este último fator também associado à adoção de comportamentos tidos como saudáveis (Idem).

Para Heck & Langdon (2011), as relações sociais, ou a própria inserção nas atividades dos grupos seriam responsáveis pela maior qualidade do envelhecimento em mulheres de contexto rural do sul do país, uma vez que o padrão de envelhecimento brasileiro leva a feminização deste processo, o que poderia gerar solidão.

As representações que se tem do processo de envelhecimento e suas repercussões psicossociais, trabalhadas (ou não) em grupos, apresentam-se de diferentes formas e estão em processo contínuo de transformação no contexto sociocultural brasileiro. Estas ideias e imagens, construídas a partir do compartilhamento de saberes coletivos, chamados de *Representações Sociais*, constituem interessante vertente de análise no presente trabalho, tendo em vista a necessidade de compreensão deste tema sob a ótica dos próprios sujeitos - no caso, os idosos.

1.3. Representações Sociais sobre o Idoso: identificando padrões existentes

Dentre o vasto panorama de teorias que estudam o senso-comum, a Teoria das Representações Sociais, formalmente originada em 1961 pelo estudo “*La Psychanalyse: Son image et son public*”, de Serge Moscovici, apresenta uma visão sociológica da psicologia social, por manter certa linearidade teórica com os estudos de “Representações Coletivas” do sociólogo francês Émile Durkheim (Farr, 2012).

Sua orientação para as produções de senso-comum propõe, como descrevem Spink (2012), Gomes (2004) e Spink (1993), que este tipo de conhecimento é diferenciado, uma forma de pensamento social que descortina o véu da verdade apoiada na objetividade excessiva, valorizando o conhecimento do “homem comum”.

Segundo Moscovici (2010), as Representações Sociais constituem uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado através da qual a sociedade, ou os grupos sociais, interpretam e comunicam determinado fenômeno e, ao mesmo tempo, constroem ideias sobre ele.

Embora tenha como grande referencial a obra Durkheimiana, as RS também foram material de reflexão de diferentes personalidades da sociologia clássica, dentre eles Weber, Marx, Gramsci e Bourdieu (Minayo, 2012). A seguir, um quadro com pontuações breves sobre a concepção destes autores sobre as Representações Sociais.

Representações sociais na Sociologia Clássica

Representações sociais na Sociologia Clássica

	Terminologia utilizada para se referir ao tema	Conceito de Representação Social	Autonomia dos sujeitos em relação à base originária das RS	Formação básica das RS
Émile Durkheim	Representação Coletiva	Categorias de pensamento através das quais a sociedade pensa sobre si e sobre suas relações.	Base exerce coerção sobre os sujeitos (religião e moral)	Ideias sobre os grupos
Max Weber	Visão de mundo (entre outras)	Juízos de valor que os sujeitos detêm	Relação de adequação com a estrutura socioeconômica e política	Conjuntura sócio política e contexto histórico
Karl Marx	Ideias, Representações, Pensamentos	Produção de ideias oriundas da consciência, esta de base material e manifestada pela linguagem, e que permitiria ao homem expressar a vida real.	Uma relação dialética: onde as circunstâncias fazem os homens, mas os homens fazem as circunstâncias.	Modo de produção da vida real: "os homens reais, ativos (...) se acham condicionados por um determinado desenvolvimento de suas forças produtivas e pelo intercâmbio que a ele corresponde"
Antonio Gramsci	Senso comum	Formulações espontâneas sobre as condições reais de vida da população	Possibilidade de mudança onde forças materiais e ideologias se articulariam	"Combinação específica de ideias que povoam o universo de determinada época e que contêm elemento de tradição e de mudança".

Pierre Bourdieu	Representações	Formulações dos sujeitos sobre a condição de existência, determinadas pelas relações de produção, estrutura sociopolítica, expressada pela fala/discurso	Submissão/resistência: "Cada agente, ainda que não saiba ou que não queira, é produtor e reproduz o sentido objetivo, porque suas ações são produto de um modo de agir do qual ele não é produtor imediato, nem tem domínio completo."	Parte da ideia de "habitus" que para o autor é a "mediação universalizante que proporciona às práticas sem razões explícitas e sem intenção significativa, de um agente singular, seu sentido, sua razão e sua organicidade."
-----------------	----------------	--	--	---

Fonte: Minayo (2012).

Por ser complexa, as RS adotam também uma perspectiva psicológica. Gomes (2004), por exemplo, propõe que seriam um mecanismo de mediação entre conceito e percepção: a primeira, de origem intelectual, sendo a segunda, sensorial.

(...) permitiriam a passagem da esfera sensorial-motora à esfera cognitiva, do objeto percebido a distância a uma conscientização de suas dimensões. Podemos dizer, então, que representar ou ter consciência pode ser a mesma coisa. A tomada de consciência pode ser descrita como a transformação das representações em imagens, num eterno fluir da existência humana (Idem, p. 47).

Integrando aspectos psíquicos e sociais, em uma perspectiva transdisciplinar, os autores Spink (1993), Alexandre (2004) e Spink (2012), enfatizam a atividade do sujeito (indivíduo ou grupo) na formação das RS, entendendo-o como sujeito social, não apenas produto de determinações sociais e nem tão pouco produtor independente “ (...) pois que as representações são sempre construções contextualizadas, resultados das condições em que surgem e circulam. É, ainda, uma expressão da realidade intra-individual, uma exteriorização do afeto” (Spink, 1993, p. 303). Citando Jodelet, Spink (1993) continua:

(...) as representações sociais devem ser estudadas articulando elementos afetivos, mentais, sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação às relações sociais que afetam as representações sociais e à realidade material, social e ideativa sobre a qual elas intervêm (Jodelet como citado em Spink, 1993, p. 304).

A Teoria das Representações Sociais são desta forma, um interessante instrumento de análise do conhecimento socialmente partilhado e do modo como é construído este conhecimento (Gomes, 2004), podendo ser aplicado também, ao campo da saúde, especificamente na saúde do idoso.

Para Veloz, Shulze & Camargo (1999), entender as representações construídas pelos idosos a respeito de seu envelhecimento permite conhecer o que pensam sobre o tema e, conseqüentemente, como atuam sobre ele. A RS no contexto do idoso, na sua saúde e do processo de envelhecimento, tem como base a resultante das vivências do sujeito, em interação com seu grupo social, sendo influenciado e influenciador desta construção, que pode desembocar em uma perspectiva positiva ou negativa, de acordo com o contexto sociocultural.

Em observação similar, porém nomeada como “significado”, Hein & Aragaki (2012) apontam que “o fato de alguém ser um idoso ativo ou dependente, alegre ou amargurado, é traçado ao longo da vida do mesmo, de como essa pessoa foi produzindo ativamente sua vida, no contexto histórico, cultural, político e social em que vive” (Idem, p. 2144).

A identificação e reflexão sobre as diferentes RS no contexto de envelhecimento brasileiro são importantes para se entender os mecanismos sociais de transmissão de valores, conceitos e da imagem do idoso, compreendendo que as trocas desenvolvidas em nossos ambientes sociais, nas nossas relações interpessoais, influenciam na construção do conhecimento compartilhado de uma determinada cultura, como diz o próprio Moscovici: “as representações sustentadas pelas influencias sociais da comunicação constituem as realidades de nossas vidas cotidianas e servem como o principal meio de estabelecer as associações com as quais nós nos ligamos uns aos outros” (Moscovici, 2010, p.8).

A representação negativa do idoso e do envelhecimento vem normalmente pautada pelas perdas recorrentes do amadurecer biológico, característico dos processos de senescência e de senilidade². Rodrigues & Neri (2012) associam este declínio biológico, e mesmo a instalação de patologias, com o aumento das vulnerabilidades biológica, socioeconômica e psicossocial, uma vez que estas se originariam de processos socioculturais que desfavorecem o idoso em relação à educação, renda e saúde ao longo da vida, assim como com as condições do estilo de vida atual, conforme ilustra o trecho a seguir:

² Por Senescência compreende-se o conjunto de alterações em nível celular, tecidual e fisiológico conseqüentes de um processo natural de declínio das funções orgânicas, como por exemplo, a diminuições da atividade celular, o declínio da massa muscular esquelética, a perda de densidade mineral óssea, o aumento do tecido adiposo e a redução do teor de água tecidual (Neman & Silva, 2011, Tozi et al., 2010). Essas alterações da condição biológica do idoso podem predispor a patologias específicas como a hipertensão arterial, osteoartrose, osteoporose e surdez caracterizando o processo de senilidade que, ao contrário da senescência, representa a instalação de uma condição não natural, patológica àquele organismo, e que efetivamente gera limitações e queda da qualidade e expectativa de vida (Neman & Silva, 2011, Tozi et al., 2010).

Em maior ou menor grau, aspectos individuais, coletivos, contextuais e históricos das experiências de desenvolvimento e de envelhecimento, geram possibilidades de adoecimento e dificuldades de acesso aos recursos de proteção disponíveis na sociedade. Na velhice, a prevalência de incapacidade funcional, de déficit cognitivo, de doenças crônicas e de sintomas depressivos é maior entre os indivíduos mais velhos, as mulheres e os idosos com nível mais baixo de renda e de escolaridade (Idem, p.2130).

Desta forma, as autoras apontam que, diferentes formas de apoio social informal e ainda a maneira como o idoso percebe a própria saúde, podem se apresentar como recursos protetores que facilitam a adaptação dos idosos às perdas associadas ao envelhecimento (Ibidem, 2012).

O estudo destas redes de interação/apoio social e sobre a auto-percepção de saúde, ambas em interação com o acesso e o uso dos serviços de saúde, podem auxiliar no planejamento de ações de saúde ao idoso, ou mesmo subsidiar políticas de saúde e educação para a população de crianças, jovens e adultos, uma vez que o envelhecimento é um processo de vida (Ibidem, 2012).

Parte das ações elaboradas pelos profissionais que atuam na saúde do idoso atualmente são provenientes de demandas biológicas, pautando-se em estratégias de promoção, prevenção/diagnóstico precoce das chamadas DNT's (doenças não transmissíveis) como a hipertensão arterial, AVE, diabetes, câncer, DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica) e a osteoporose, extremamente comuns a esta faixa etária e principais causas de morbimortalidade e incapacidade no Brasil (Ministério da Saúde, 2010; Portaria nº 2.528, 2006; OPAS, 2005).

O Ministério da Saúde (2010) registrou no ano de 2007 o valor de 37,7% de óbitos em idosos causados por doenças do aparelho circulatório, seguidas de 16,7% por neoplasias, reforçando as predominantes ações em saúde com base na prevenção e tratamento em nível ambulatorial deste tipo de acometimento. Esta forma de adoecimento gera grande impacto na vida destes idosos, aumenta sua predisposição a diferentes formas de incapacidade, principalmente considerando “capacidade” como sinônimo de bom status físico e capacidade laboral, ambos, altamente valorizados em nossa cultura (Ministério da Saúde, 2010; Portaria nº 2.528, 2006; OPAS, 2005).

Talvez por excesso de referências a respeito do idoso e do envelhecimento sob a ótica da senilidade, da oneração de órgãos públicos/previdenciários e ainda pela a relação

cultural entre limitação física x capacidade laboral como preditor de “valor” do sujeito enquanto membros de um grupo social, abriram espaço para uma representação negativista do envelhecimento (Guerra & Caldas, 2010; Veloz, Shulze & Camargo, 1999).

A imagem dessa “perda de produtividade” é relatada pelos idosos, tanto nas dimensões formal quanto informal. Informalmente, como declínio da capacidade de trabalho nas atividades do dia-a-dia e, formalmente, em caso de aposentadoria que, se associado com a ideia de decrepitude física e mental, reforça a imagem de um sujeito incapaz, dependente e inútil, gerando “tristeza, solidão, depressão e mau humor, características ruins do idoso” (Guerra & Caldas, 2010, p. 2932).

Entretanto, Guerra & Caldas (2010) pontuam que a capacidade produtiva dos idosos, mesmo que reduzida, não os torna necessariamente improdutivos, embora determinadas tarefas que exigem maior vigor físico, por exemplo, possam ser prejudicadas.

O próprio entendimento dessa “improdutividade” restringe-se quando, apesar da predominância de DNT's descritas pelo Ministério da Saúde, estudos populacionais divulgados pela OPAS (2005) apontam para algumas modificações no perfil de adoecimento compatíveis com sujeitos mais ativos, inclusive sexualmente. Observa-se (OPAS, 2005) o surgimento de patologias até então não esperadas para esta faixa etária, como a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, questionando-se a representação do idoso como ser decrepito, inativo e assexuado.

As representações sociais negativas também são reforçadas pelo aparecimento de caracteres socialmente depreciativos como rugas, cabelos brancos, ganho de peso e flacidez, contrapondo-se aos moldes estéticos atuais e reforçando a imagem de envelhecimento como algo esteticamente repulsivo e que gera prejuízo aos cofres públicos (Guerra & Caldas 2010; Veloz, Shulze & Camargo, 1999).

Essas imagens colocam o idoso como sinônimo de doente (quem gosta de velho é ‘ite’, artrite, bronquite...) modelando a visão da sociedade em relação aos mais velhos de maneira ruim e tendendo a “desencadear insegurança para os idosos, alimentar o preconceito entre as gerações e gerar medo de envelhecer devido à incerteza de como será (ou como está sendo) o próprio envelhecimento” (Guerra e Caldas 2010, p. 2932).

Autores como Medrado como citado em Veloz, Shulze & Camargo (1999) apontam que, por vezes, são os próprios idosos que tendem a exaltar as características negativas do envelhecimento, ressaltando a ideia das perdas e de predisposições desfavoráveis no viver das suas existências, além de preconceitos. Falas como "não serve para nada, inutilidade, não vai para a frente, não tem saúde, só doença, não tem destino, não volta" (Medrado como citado em Veloz et al., 1999) são frequentes, onde a RS do envelhecimento tende a ser negativa entre os idosos.

Embora o conhecimento e intervenção sobre as principais causas de morbimortalidade entre os idosos sejam importantes, também são necessários trabalhos que identifiquem o que o próprio idoso percebe sobre seu envelhecer, de como identifica e lida com os ganhos e perdas nesse trajeto, expondo de maneira global e real as mudanças não apenas na dimensão dos corpos, mas também social e mental, considerando que estes aspectos são igualmente essenciais na formação de estratégias em saúde.

Em uma perspectiva antropológica de saúde e envelhecimento, Minayo & Coimbra Jr. (2011), criticam este excesso de trabalhos sob a perspectiva da perda, entendendo-o como uma superficialidade na compreensão deste processo e naturalmente propõem uma resistência a este molde de decrepitude:

(...) entender também os véus que cobrem a destinação antecipada ao lugar social estereotipado que o aparente cuidado social lhes reservou: o 'recolhimento interior' (eufemismo para o afastamento do trabalho); a inatividade (rotulação dos aposentados e aposentadas); a prevenção das possíveis doenças (medicalização da idade) ou as 'festinhas da terceira idade' (infantilização desta etapa da vida) (Idem, p. 12).

Para estes autores é necessário pensar de forma mais ampliada o processo de envelhecimento, onde suas conexões com saúde superam as estratégias até então empregadas e que favorecem uma representação negativa.

No que concerne à saúde, em torno da geriatria se estabeleceu um grande mercado consumidor, refinando os instrumentos e as medidas que rotulam o cotidiano da existência dos idosos. A seu lado desenvolveram-se normas preventivas fundadas no uso nem sempre crítico da "teoria do risco", tão problemática quando tenta, por meio de médias justificar propostas preventivistas. Dessa forma, desconhece-se a complexidade dos sujeitos, criando-se uma estética da vida referenciada em proibições e em regras gerais (Ibidem, p. 13).

Ainda citando o trabalho de Minayo & Coimbra Jr. (2011), ressalta-se sob a proposta da antropologia, que o envelhecimento é um híbrido biológico-social que, na visão dos

autores, significa a necessidade de desnaturalizar o fenômeno da velhice, retirando-lhe o emblema de ‘fase das perdas e de problema social’. É necessário considerar outras representações sociais a respeito do tema, pautadas em uma imagem mais otimista e acolhedora chamada, por vezes, de “fase das possibilidades” (Hein & Aragaki, 2012, Guerra & Caldas, 2010, Veloz et al., 1999).

Esta representação positiva a respeito do idoso e do seu envelhecer pode estar associada à sensação de autonomia física e mental, oriundas de um envelhecimento ativo, consciente e feliz, conquistado por uma postura diferenciada do próprio sujeito e do grupo que o cerca (Fonseca et al., 2010; Guerra & Caldas, 2010).

Esta postura diferenciada envolve a constante prática de atividades sociais, físicas e mentais favorecidas por uma maior abertura para o novo. O idoso está mais flexível frente à passagem do tempo, o que lhe permite maior capacidade de lidar com as modificações desse trajeto, gozar de uma vida mais alegre, harmoniosa, além de abrir espaço para a superação de antigos tabus tais como a sexualidade e a participação em diferentes contextos da sociedade, política e economia (Idem).

Nesta RS a terceira idade é tida como motivo de orgulho, onde o acúmulo de experiências e respeitabilidade, desobrigação do trabalho mantenedor, dispensa de grandes atribuições sociais e familiares, permitem e direcionam o tempo livre deste idoso para novas possibilidades de aprendizado, de realizações pessoais e novos relacionamentos (Ibidem).

Debert como citado em Veloz et al., (1999), destaca que apesar da predominância de RS negativas sobre o envelhecimento/idoso no Brasil, já existe uma abertura para experiências e espaços onde se pode estimular um envelhecimento bem sucedido, tais como os grupos de convivência de idosos e as universidades da terceira idade.

Veloz et al. (1999) pesquisaram as representações sociais de envelhecimento de trinta e sete sujeitos com idades entre cinquenta e dois a noventa e dois anos encontrando uma predominância de RS negativas tais como, perda de laços familiares (abandono) e de atrativos físicos, perda de ritmo de trabalho, sendo que a percepção deste processo também foi condicionada às atividades subjetivas dos sujeitos, no sentido de sua percepção e seu desenvolvimento pessoal sobre o tema.

Os achados do trabalho de Veloz et al. (1999) demonstram a complexidade da compreensão do envelhecimento, inclusive por parte de pessoas idosas ou próximas dessa condição, o que pode ser um sinal importante para os profissionais de saúde no sentido de não se aterem a superficialidade de suas avaliações, considerando os meandros psicossociais ora descritos sobre o assunto.

Ao estudar as RS de saúde/idoso saudável Teixeira, Shulze & Camargo (2002) revelam construções pautadas na concepção de (1) idoso saudável em função de fatores psicológicos tal qual evidencia a seguinte transcrição:

O idoso saudável para mim [...] Eu acho que tudo está na cabeça da gente. Há idosos que não têm nada e estão doentes, porque eu acho que é um problema da cabeça das pessoas, é um problema psicológico e muitas vezes eles ficam doentes para chamar a atenção porque estão com falta de carinho (Entrevistada 40 – grupo de idosos doentes, 61 anos, casada, mora com o esposo) (Idem, p. 354).

Outra RS de idoso saudável seria a do idoso que detém autonomia na realização das tarefas e/ou não representa transtorno à família (sobretudo os filhos), como mostra a transcrição do trabalho em questão:

É a coisa mais maravilhosa do mundo, é uma pessoa que tem muita saúde, que pode viajar bastante, que faz tudo o que ele quer. Um idoso saudável gosta de se arrumar, de ir para tudo o que é canto e se divertir, que não fica dentro de casa [...] (Entrevistada 19 - grupo de idosos doentes, 73 anos, viúva, mora sozinha) (Teixeira, Shulze & Camargo, 2002, p. 356).

Já o trabalho de Martins, Camargo & Biasus (2009) descreve de forma interessante as RS sobre idoso e envelhecimento através da análise de dois grupos - um de idosos e outro de não idosos. Os idosos associaram o termo “idoso” a uma condição relativamente positiva em relação ao termo ‘velho’, uma vez que “idoso”, para este grupo, seria representado por boas relações familiares, estar em atividade, atrelando-se também à ideia de “espírito jovem”.

Além disso, estes idosos apontaram a ideia de aposentadoria como algo, por vezes insuficiente, para manter a qualidade de vida (Martins, Camargo & Biasus, 2009).

Já os grupos de não idosos (adolescentes e adultos jovens), demonstraram uma RS de “idoso” associada à carência e ao sofrimento gerados por perdas físicas e psicológicas. Em contrapartida, também foram encontradas neste grupo RS relacionadas à experiência e a sabedoria (Idem).

Em relação à RS de “velhice”, o grupo de idosos faz referência a uma ideia mais negativa em relação ao termo ‘idoso’, entretanto, associa por vezes este termo à ideia da “boa idade”, difundida nos grupos da “terceira idade” onde o “ser velho, ou estar na velhice”, seria uma condição inerente à forma de conceber esta fase da vida e do comportamento de cada pessoa (Ibidem).

Neste sentido, posicionamentos perante a vida tais como ter um “espírito jovem”, ser ativo, se relacionar bem com a família, possuir uma religião nos momentos de dificuldade, seriam considerados como a ‘vivência’ da chamada “boa idade” (Ibidem).

O grupo dos não idosos (adolescente e adulto) representou a velhice sob a lente da perda, das transformações orgânicas e psicológicas, entretanto, também percebem que o passar dos anos gera sabedoria, experiência e conhecimento (Ibidem).

Observa-se, nestes breves apontamentos, a complexidade das representações sociais de Saúde e Envelhecimento no contexto do idoso. Associado a isso se delineia a importância de estratégias para a promoção de saúde do idoso sob a ótica das RS, compreendendo que as mesmas permitem orientar as práticas sociais e de saúde a partir dos conceitos elaborados pelos próprios sujeitos e, desta forma, tornando estas estratégias potencialmente eficazes.

Considerando ainda que, as Representações Sociais podem ter influência de diferentes contextos, dentre eles o da religião e, associado ao fato de que a religião integra parte do mundo destes idosos - tal como apontado no trabalho de Martins, Camargo e Biasus (2009) - torna-se necessário apresentar/representar com maior cuidado e profundidade dimensão da vida do idoso.

Com base no exposto anteriormente, verifica-se que há cada vez mais indícios de que a população idosa parece possuir maior religiosidade. A literatura científica apresenta diferentes formas de como esta interação se estabelece.

A partir desta perspectiva serão apresentados, a seguir, diferentes conceitos de religião e suas respectivas interlocuções com a saúde, principalmente no em relação ao contexto do idoso.

CAPÍTULO II

SAÚDE, RELIGIOSIDADE E ENVELHECIMENTO: Conexões existentes

A Religião, indubitavelmente, ocupa um lugar especial na experiência individual e coletiva do ser humano. Conforme podemos observar, a menor das cidades possui marcas de sua religiosidade em praças, monumentos e templos, além de expressar, frequentemente, essa dimensão transcendental em feriados santos e rituais específicos (Macedo, 1989).

Exatamente por ser um tema tão relevante na história das sociedades, seu estudo é complexo e apresenta-se sob diferentes perspectivas, cada uma delas embasada por correntes de pensamento específicas, que permitem identificar e analisar este fenômeno nos âmbitos individual e social, bem como apontar seu lugar na história, na política e nas relações sociais e de poder.

Dos escritores latinos que se aprofundaram numa perspectiva filológica do termo *religio* destacam-se Macróbio e Cícero (45 a.C.): o primeiro, ao relatar que Sêrvio Sulpício associa o vocábulo *religio* à *relinquere* (deixar, abandonar), e o segundo ao interpretar o termo *religio* como derivado de *relegere* (reler) - representando a associação entre religião e execução precisa dos ritos e atos devocionais dirigidos à divindade (Filoramo e Prandi, 1999).

No século III – IV d. C., Lactâncio retoma a questão associando o termo *religio* às concepções do cristianismo, rejeitando a concepção Ciceroniana e propondo a derivação de *religio* à *religare*, ou seja, envolvendo não apenas a perspectiva filológica, mas também a ideológica, na qual *religare* delineava a natureza da relação de fé entre o nível humano e o divino (Filoramo e Prandi, 1999).

Por sua vez, o termo *Religio*, na perspectiva cristã européia, esteve predominantemente vinculado à ideia de “comportamento marcado pela rigidez e pela precisão; no máximo, evocava as modalidades de execução de um rito, que pelo caráter da religião romana, era regido por normas rígidas e escrupulosas” (Idem, pg. 255).

Obviamente, a questão terminológica é apenas uma face deste tema tão complexo, como aponta a própria concepção de Lactâncio e, portanto, deve ser associada a outras perspectivas tais como fenomenológicas, psicológicas, filosóficas, sociais e outras.

Tendo em vista que o objetivo deste trabalho não se atém ao estudo da religião de maneira mais específica, descreveremos neste capítulo, sucintamente, apenas alguns pressupostos básicos referentes à Antropologia, Sociologia e Psicologia da Religião, com o intuito de compreendê-la de forma articulada às Representações Sociais e, conseqüentemente, discutir seus impactos na saúde dos idosos.

2.1. Religião: diferentes perspectivas

Descrevendo as dificuldades inerentes ao processo de definição e classificação das religiões autores como Prandi (1999) afirmam, ao perceberem a limitação do instrumental filológico, que o estudo da Religião no que concerne à “definição” ficou polarizado em duas visões: 1) essencialista (substantiva), ocupada da definição da religião no formato “*a religião é...*”, com referências a entidades sobrenaturais e 2) funcional, que propunha-se a responder tanto ao quesito origem, quanto o papel por ela desempenhado na sociedade.

Esta definição funcional teve grande repercussão no período da crítica pós-iluminista que, no contexto dos estudos sobre a Religião, tinha uma dual característica: ora desejava a retirada da religião do panorama científico da sociedade moderna, ora teria por objetivo entender a relação entre ela e outros setores da sociedade, tais como a economia, política e ética (Idem, 1999).

Dentro das definições modernas de Religião, um dos nomes de destaque é Voltaire – com seu questionamento sobre os moldes religiosos de sua época, demarcando uma necessidade do retorno do sentido originário da Religião, aquela “que ensinasse apenas a adoração a Deus, bem como a justiça, a tolerância e a humanidade” (Voltaire como citado em Prandi, 1999). Segundo Prandi (1999), coexistiria na proposta de Voltaire, um exemplo de duas definições, uma substantiva e outra funcional: a primeira, no sentido de adoração a Deus, e a funcional, com o exercício da justiça, tolerância e humanidade.

Conforme assinalado anteriormente, a definição funcional da religião foi aspecto central da crítica religiosa pós-iluminista, também compartilhada por Henri de Saint-Simon. Este respeitado filósofo acusou o Catolicismo e Protestantismo de heresia por se desviarem do modelo primitivo cristão entendendo que, em sua gênese, a cristandade era despida do desejo de riqueza e poder, enaltecendo o trabalho pela vida moral e física das classes mais baixas

(Idem, 1999). Importante destacar que, a crítica à religião de Henri de Saint-Simon, está inserida na corrente do positivismo sociológico “pré-Comteano”, caracterizado por uma visão social-utópica-crítica, coerente com a necessidade histórica premente de quebra das raízes feudais, das doutrinas teológicas, ou seja, da necessidade de ruptura com a autoridade/hegemonia da Igreja e de outros “dogmas fossilizados” (Minayo, 2010, p.83).

Outras ilustres personalidades do século XIX, tais como Marx, Engels e Freud propõem de maneira geral, cada um com suas particularidades, que na origem da religião estaria o sentimento de medo do homem e sua necessidade de criar um modelo de mundo que atendesse aos seus desejos. A religião para este grupo, respeitadas as perspectivas teóricas, representaria um estado patológico da condição humana, cuja função histórica seria “ao mesmo tempo, o sintoma e o falso remédio” (Prandi, 1999, pg. 260).

Observando especificamente as proposições de Karl Marx, ressaltamos uma de suas considerações mais conhecidas sobre a Religião: “A angústia religiosa é ao mesmo tempo a expressão da dor real e o protesto contra ela. A religião é o suspiro da criatura oprimida, o coração de um mundo sem coração, tal como o é o espírito de uma situação sem espírito. É o ópio do povo” (Marx como citado em Löwy, 2007).

Löwy (2007) aponta que é necessário entender esta citação em sentido amplo e situado historicamente. Para este autor, Marx proferiu estas colocações numa perspectiva neo-Hegelianista, quando era discípulo de Feuerbach, entendendo a religião mais como sinônimo de alienação do que, por exemplo, em relação à filosofia da Ilustração, ocupada em denunciar extravagâncias e conspirações clericais.

Esta colocação de Marx seria, segundo Löwy (2007), “pré-marxista”, sem referência às classes e a-histórica, embora já guardasse a relação dialética da contradição religiosa expressa, segundo ele, como legitimação das condições existentes, mas ao mesmo tempo um protesto contra estas.

Parece-nos importante considerar que, de modo geral, a obra de Marx propõe a materialidade como precursora das ideias e modos de produção, em uma perspectiva de condições de classe, o que implica na compreensão da Religião como um sistema de ideias, originário da classe dominante em relação à classe dominada – que apesar de possuir suas ideias e representações, encontra-se em condição de subordinação (Minayo, 2012).

Engels, parceiro de Marx em vários trabalhos - além de seu amigo íntimo -, aprofundou-se mais nos estudos sobre o tema desenvolvendo, inclusive, uma aproximação entre Cristianismo e Socialismo afirmando que: “(a) ambos os movimentos foram criados pelas massas – não por líderes nem profetas; (b) seus membros foram oprimidos, perseguidos, e proscritos pelas autoridades dominantes e (c) pregaram por uma iminente liberação e eliminação da miséria e da escravidão” (Löwy, 2007, para. 18).

Contudo, o próprio Engels fez questão de ressaltar uma pontual e forte diferença entre ambos: “os cristãos primitivos escolheram deixar sua liberação para depois desta vida, enquanto que o socialismo localiza sua emancipação no futuro próximo deste mundo” (Engels como citado em Löwy, 2007, para.20).

Os Antropólogos, assim como outros sociólogos, também tiveram grande repercussão nos estudos sobre a Religião nos séculos XIX e início do XX, e se dispuseram a compreender as concepções de mundo a partir da crença no divino e suas repercussões sociais.

Dentre eles destacamos, sucintamente, as obras de Durkheim, Mauss e Weber. Émile Durkheim, autor de “Les formes élémentaires de la vie religieuse” (de 1912 - As formas elementares da vida religiosa), define religião como “um sistema solidário de crenças e de práticas relacionadas com coisas sagradas, isto é, separadas e interditas, as quais unem numa única comunidade moral, chamada Igreja, todos aqueles que a elas aderem” (Durkheim como citado em Prandi, 1999, pg. 262).

Por sua vez, a perspectiva sócio-antropológica de Marcel Mauss permitiu a distinção entre fenômenos religiosos *stricto sensu* e *lato sensu* onde “a religião *stricto sensu* caracteriza-se pela presença da noção do sagrado propriamente dito e de obrigações determinadas, como no caso dos fenômenos jurídicos. Como fenômeno religioso *lato sensu* compreender-se-ia, segundo as palavras do próprio autor, “(...) como um grande halo em torno destes núcleos, que são a magia e a religião, temos folclore, as crenças populares” (Mauss como citado em Prandi, 1999, pg. 262).

Ainda nesta conjuntura encontra-se Max Weber, autor de “Die protestantische Ethik und der 'Geist' des Kapitalismus” (A ética protestante e o espírito do capitalismo), escrito

entre 1902 a 1905, com estudos direcionados a estabelecer interações e confluências entre religiões e formas de economia, que opina sobre o fenômeno da seguinte forma:

Não devemos, porém, em princípio, ocupar-nos da ‘essência’ da religião, mas das condições e dos efeitos de determinado tipo de agir em comunidade, cuja compreensão, também neste caso, só pode ser tirada de experiências vividas subjetivas, de representações e objetivos do indivíduo – do seu ‘sentido’ – isto é, de algo cujo fluxo exterior é extremamente multiforme. (Weber como citado em Prandi, 1999, pg. 263).

As perspectivas sociológicas e antropológicas, cujos principais representantes foram sucintamente descritos, constroem um paradigma de Religião que se articula com a proposta de Representações Sociais e dos processos psicossociais em saúde.

As concepções sociológicas e antropológicas são utilizadas neste trabalho de forma associativa, estabelecendo-se o convite ao diálogo entre ambas, a partir da concepção de Religião como uma experiência coletiva, socialmente construída, repleta de significados, constituindo-se como parte integrante e integradora dos processos culturais, sem dissociá-la de sua matriz cultural e tampouco observada separadamente do contexto em que está inserida (Filoramo & Prandi, 1999).

A concepção sociológica tem como foco as funções sociais da religião, entendendo os conteúdos sociais implícitos num sistema religioso, sua função nas estruturas sociais e como foram/são constituídas as doutrinas que a regem, os papéis dos sujeitos e as relações de poder nas quais (e através das quais) se articulam as próprias estruturas simbólico-institucionais, ou seja, está “mais atenta ao fenômeno religioso como fato social e aos seus aspectos institucionais” (Idem, pg. 204).

Em decorrência disso, considera-se a religião de forma organizada, associando o processo de institucionalização com a maior ascendência da expressão religiosa sobre o comportamento, compreendendo que a religião institucionalizada permite em maior intensidade a transmissão da tradição, a pauta das relações sociais e a interpretação de significados e valores das experiências vividas (Passos, 2006; Macedo, 1989).

Albuquerque, em sua obra “Instituição e Poder” (1986) trabalha ideia semelhante, ao propor a análise das instituições concretas que, no caso da Religião, permeia os aparelhos políticos e ideológicos disseminados pelo conjunto de crenças específicas, colocando a

“instituição” religiosa como oriunda dos processos sociais das coletividades (Passos, 2006; Macedo, 1989; Albuquerque, 1986).

A perspectiva sociológica não tem a religião como objeto, mas sim o seu “produto social” (Filoramo e Prandi, 199, p. 91), entendendo-a como fruto de uma criação coletiva e possuidor de simbolismos específicos. Neste sentido, é necessário ponderar que, apesar de fundamental na compreensão dos seus mecanismos sociais, a religião também pode (e necessita) ser analisada dentro da perspectiva do sujeito e da sua cultura, tornado a concepção antropológica complementar ao panorama conceitual ora apresentado.

Na antropologia, a religião é estudada sob a ótica da cultura sendo a formulação das concepções de finitude da vida, das relações sociais, de Deus (Macedo, 1989), elaborada de forma coletiva, a partir do respectivo contexto histórico de cada grupo social: ou seja, preocupa-se em entender “as relações entre a religião e outros aspectos da cultura humana (...) quanto os significados que a religião assume para os homens que a praticam: em geral últimos ou salvíficos” (Filoramo & Prandi, 1999, pg. 204).

Assim sendo, a concepção antropológica busca entender como o homem organiza suas experiências a partir do momento em que acredita na existência de Deus, ou outra divindade (Macedo, 1989). Tal concepção constrói um quadro de representações sociais assentados na noção de verdade original dessa construção (Macedo, 1989), o que implica considerar o significado da religião para os sujeitos, mas também entender a ela mesma como significado, dinamicamente integrante/integradora da cultura tanto do grupo quanto do sujeito (Idem, 1999).

A respeito desta perspectiva antropológica, Macedo (1989) propõe que a busca incessante do homem pelo sentido e significado da vida aproxima-o do transcendental pelo processo de hierofanização, tornando sagradas questões como o tempo, os espaços e formulando os mitos.

A mesma autora mostra a religião como alternativa para enfrentamento em situações de crise (dor, luto, doença), onde os sujeitos se encontrariam vulneráveis por se encontrarem nos limites de sua capacidade de análise, da capacidade de tolerar o sofrimento e no limite de sua força moral, apresentando um significado para aquela dor e tornando-as suportáveis (Idem, 1989).

A antropologia - e sua respectiva noção de cultura, permite flexibilizar os diferentes tipos de crenças, oriundos de diferentes culturas sem fazer julgamentos de valor baseados em nosso próprio sistema cultural, mas sim interpretando outras culturas sob a ótica dos valores e conhecimentos que orienta as suas práticas e atitudes (Langdon & Wiik, 2010). Assim, cultura seria compreendida como:

(...) um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social. Trata-se de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos (Idem, p.175).

A partir do conceito de cultura e da capacidade de flexibilizá-la mediante diferentes contextos, compreendemos a religião como uma experiência integradora, de pertencimento, formadora e mantenedora de grupos sociais que compartilham, comunicam e reproduzem suas formas, instituições e os seus princípios, ou seja, a Religião e a cultura se interligam na medida em que a cultura organiza o mundo de cada grupo social, segundo a sua lógica própria (Ibidem).

Além das principais contribuições da Sociologia e Antropologia da Religião, torna-se importante, no contexto deste trabalho, destacar também a perspectiva Psicológica de Religião tendo em vista a clara dimensão psicológica presente nas Representações Sociais - mecanismo de interpretação da relação religião/saúde nos idosos, proposta no presente trabalho. Nesse sentido, os trabalhos de Freud e Jung, em decorrência da indiscutível relevância no âmbito da Psicologia (Filoramo & Prandi, 1999) serão aqui, brevemente, sinalizados.

A interpretação de Sigmund Freud sobre a religião está associada à ideia de ‘ilusão’, no sentido de que a existência de uma entidade superior organizadora e cuidadora, embora irreal, é justificável pela necessidade do homem em obter proteção contra os males advindos do mundo externo, “bem como das agitações provenientes da condição psíquica conflituosa que caracteriza o humano” (Chaves & Nani, 2008, p. 458). Neste sentido, a religião nasce de uma necessidade, similar a outras aquisições civilizatórias, de defesa diante do massacrante poder da natureza assim como de correção das imperfeições, dolorosamente percebidas, da civilização (Alves, 2002, Filoramo & Prandi, 1999).

Para Freud, a religião deve ser vista com cuidado, uma vez que, caso seja sinônimo de ignorância da realidade, passa a apresentar características infantilizantes próximas à

condição de delírio, por outro lado, também assevera que não devemos desprezar as vantagens que a doutrina religiosa traz para a vida comunal do homem, como, por exemplo, “oferecer uma proteção diante das adversidades vindas tanto do micro quanto do macrocosmo e também disponibilizar uma resposta na busca de um sentido para a existência” (Chaves e Nani, 2008, p.460).

Partindo também de uma premissa psicanalítica, Alves (2002) denominou como “Os símbolos da ausência” a necessidade do homem em criar um mundo que possa ser amado, que faça sentido e que esteja em harmonia com seus ideais, trazendo em “A voz do desejo”, outro capítulo de sua obra, a Religião como forma de atender este desejo de ordenar o mundo e de seu medo em relação à força esmagadora da natureza.

Para Carl Gustav Jung a religião constitui-se de uma atitude particular, de uma consciência transformada pela experiência do *numinoso*, isto é, uma existência ou um efeito dinâmico, vivido espontaneamente pela pessoa como algo sagrado, e que não é causado por um ato da vontade (Xavier, 2006; Monteiro, 2004).

Neste sentido, religião e a religiosidade, por conseguinte, apresentam duas acepções diferenciadas. Uma delas é entendida como religiões instituídas ou profissões de fé, denominadas como confissão, onde o sujeito participa frequente ou esporadicamente de ritos e celebrações enraizados em práticas coletivas, culturalmente situadas, sendo esta experiência indireta e mediatizada pelo sistema simbólico específico da religião (Xavier, 2006). Este sistema simbólico específico da religião proveria significados coletivos e de certa forma fixos para a vivência do *numinoso*, embora esta mediação pressuponha a crença, ou fé, uma vez que implica em dogmas (Xavier, 2006).

A outra acepção sobre o tema é apresentada pelo termo ‘religio’ (Xavier, 2006), religião ou experiência religiosa (Monteiro, 2004), representada por uma experiência interna da relação do homem com um “poder transcendental”, tendo para o sujeito importância mais fundamental, primordial e individual.

Segundo Monteiro (2004), a religião para Jung difere das obras de Freud por não entendê-la como um somatório de recalques, culpas e obsessões ritualizadas, mas sim como uma dimensão natural e estruturante da psique. Entretanto, o mesmo autor assevera que, se vivenciada no sentido de confissão religiosa, também pode assumir formas neuróticas e

castradoras como “alergias que alienam o homem de sua espiritualidade pela obsessão em relação a leis e mandamentos, e com isso anulam a possibilidade da transformação psíquica” (Monteiro, 2004, p. 165).

No caso específico desta dissertação (que tem como cenário a Religião Espírita), torna-se interessante detalhar dentro da perspectiva Psicológica fenômenos ligados a esta religião, tal como a mediunidade, uma vez que alguns procedimentos mediúnicos são pontos-chaves para a compreensão de fatores ligados à saúde/doença nos idosos – além de ser elemento-chave da religião componente do tema de estudo desta dissertação.

Sobre este tema, Almeida & Lotufo Neto (2004), apresentam uma breve revisão das obras de Janet, Freud, Jung, James e Myers - ícones da psiquiatria e psicologia, que pesquisaram o tema específico da mediunidade com enfoque sobre suas causas e sua relação com a psicopatologia.

Os autores da revisão concluíram que, para Janet e Freud “as experiências mediúnicas são patológicas e fruto exclusivo da atividade do inconsciente do médium; não há a participação de qualquer faculdade paranormal” (Almeida & Lotufo Neto, 2004, p. 137). Em relação a Freud, salientam que este autor não se ateve a estudos específicos do fenômeno mediúnico, portanto, como já abordado anteriormente, sugere que os estados de possessão/transe seriam originados das neuroses, onde o que era normalmente atribuído a presença/ação de espíritos, seria na realidade um sintoma histérico equivocadamente ou “religiosamente” interpretado como ação maligna. De acordo com esses autores, na opinião de Freud não seriam manifestados nas comunicações conhecimentos ou habilidades além da capacidade dos médiuns (Idem, 2004).

Em relação às obras de William James e Jung, os autores concluem que “a mediunidade não é necessariamente patológica, teria origem no inconsciente do médium, mas não foi excluída a possibilidade de uma origem paranormal, inclusive a real comunicação de um espírito desencarnado” (Idem, p. 137).

Importante ressaltar que James e Jung se mostram mais flexíveis quanto ao tema da religião e trazem a questão específica da mediunidade de forma mais relevante em suas obras sendo, inclusive, tema da dissertação de Jung "Sobre a Psicologia e a Patologia dos

Fenômenos Chamados Ocultos" publicada em 1902, para a obtenção de seu título de médico (Jung como citado em Almeida & Lotufo Neto, 2004).

Ao propor um diálogo entre Sociologia, Antropologia e, mais restritamente, da Psicologia sobre o tema da Religião, este trabalho parte da premissa de que a mesma se processa pela via psíquica, mas também está associada à cultura, possuindo corpo doutrinário e dogmático próprios, conjunto específico de crenças, simbolismos e rituais. Neste contexto, parece-nos adequado supor que cada religião tem um mundo de particularidades a serem analisadas inviabilizando um estudo, sob esta perspectiva, de forma generalizada.

No caso específico deste estudo, elegemos a religião Espírita como fonte de investigação, tendo em vista sua forte representatividade no Brasil, como demonstrado nos estudos Moreira-Almeida et al. (2010) (amostra probabilística representativa da população brasileira) e pelo próprio IBGE (IBGE, 2012). Além disso, é importante ressaltar a projeção midiática do Espiritismo nos últimos anos, seu considerável patrimônio bibliográfico, principalmente de obras psicografadas pelos médiuns Chico Xavier e Divaldo Franco (Lewgoy, 2008).

Com base nessas breves considerações abordaremos, no próximo subitem, como se processa a vivência dessa religião/religiosidade articulada à saúde - mais especificamente com a saúde do idoso.

2.2. Religiosidade, Saúde e o Idoso

O conceito de religiosidade engloba diferentes paradigmas, portanto, é de difícil padronização, visto a proliferação de conceitos que fazem referência a este termo, assim como ocorre com os vocábulos religião e espiritualidade.

Importante destacar que, o termo religiosidade adotado nesta dissertação, foi baseado no trabalho dos pesquisadores Koenig, McCullough & Larson (2001) de título "Handbook of the religion and health" por ser resultado de uma extensa avaliação das produções científicas na área de religião e saúde do século XX (Salgado & Freire, 2008).

Segundo a obra citada, religiosidade seria o envolvimento religioso que o sujeito tem com a religião de opção e o reflexo desse envolvimento nas suas relações sociais, no seu cotidiano, ações e representações. Este envolvimento pode se apresentar nas formas extrínseca ou intrínseca como propõe Gordon Allport e J. Michael Ross (Allport & Ross citado em Koenig et al., 2001). A religiosidade intrínseca seria caracterizada pelo lugar de “bem maior” ocupado pela religião na existência do sujeito, sendo os valores e crenças por ela estabelecidos, vivenciados e interiorizados pelos seus frequentadores individualmente e/ou em grupo e parte de sua formação psíquica e social (Allport & Ross citado em Koenig et al., 2001).

A religiosidade extrínseca, por sua vez, diz respeito à utilização da religião como forma de apoio, para suprir necessidades mais primárias, para fins como consolo, auto absolvição, status, sociabilidade e distração (Allport & Ross citado em Koenig et al., 2001; Allport & Ross citado em Stroppa & Almeida, 2008).

Com base neste pressuposto poder-se-ia conceber religiosidade como: envolvimento religioso que o sujeito - no caso do presente trabalho, o idoso -, tem com a religião de opção, podendo este envolvimento ser intrínseco ou extrínseco, de acordo com a postura deste idoso frente a crença e o reflexo desse envolvimento nas suas relações sociais, no seu cotidiano, ações e representações.

Verifica-se, portanto, que a religiosidade é estudada no campo científico sob diferentes embasamentos teóricos que, de forma geral, atravessam as dimensões biológicas, psíquicas e sociais, tendo frequentemente como objeto de investigação, associações entre diferentes indicadores de saúde, seja física ou psicossocial.

A revisão de Guimarães & Avezum (2007), descreve uma série de trabalhos que sugerem uma interação positiva entre religiosidade e saúde, tais como diminuição dos sinalizadores de resposta autoimune e cascata inflamatória, diminuição de reações agudas de estresse, de doenças cardiovasculares, osteomioarticulares e neoplasias, queda de mortalidade em estudos populacionais (Powell et al. citado em Guimarães & Avezum, 2007), e potencializador de melhores respostas em situações de pós operatório (Harris et al citado em Guimarães & Avezum, 2007).

As dimensões psíquica e social também se encontram como objeto deste tipo de estudo e tem importância fundamental no contexto deste trabalho. Luccheti et al. (2010) e Panzini (2004), relatam em seus trabalhos indícios positivos da inserção da religiosidade na saúde, apontando como possível causa disso o incentivo e a adoção de comportamentos e estilos de vida tidos como saudáveis, como por exemplo, a redução - ou mesmo a proibição - do uso de álcool e/ou outras drogas e controle ou abstinência de padrões sexuais de risco.

Além disso, salientam que a religiosidade pode vir a ser fonte de suporte social, facilitador do senso de pertencimento, bem como fornecer amparo em diferentes situações de vida (Luccheti et al, 2010, Panzini, 2004).

As pesquisas de Peres et al. (2007) citado por Baptista et al. (2008); Guimarães & Avezum (2007) e Panzini et al. (2007), ratificam a importância de se trabalhar o aspecto da religiosidade na interação com suporte familiar na saúde mental e prática de assistência à saúde, visto que a ciência tem cada vez mais reconhecido a importância da dimensão espiritual e religiosa do ser humano.

Sasaki & Kim (2011) propõem, em um interessante estudo, que a religião representaria um importante fator de incremento no chamado controle secundário (capacidade do sujeito em adaptar suas necessidades às situações externas), mas que os efeitos da relação religião x controle secundário seria mediada pela cultura em que os sujeitos estão envolvidos.

A religiosidade também favoreceria a construção de repertórios cognitivos e comportamentais de enfrentamento denominados de *coping* religioso, exemplo disso seria a redefinição de estressores através da religião como benevolente e potencialmente benéfico, busca de alívio da situação estressante focando-se na religião, esforço para prover conforto, suporte espiritual a outros, procura por conforto e renovação da confiança através do amor, cuidado dos membros e frequentadores da instituição religiosa e ainda a busca de ajuda na religião para mudar os sentimentos de raiva, mágoa e medo (Luccheti et al, 2010, Panzini, 2004).

A religião também parece promover bem-estar subjetivo por estar, aparentemente, associada à noção de “guia, direção para vida”, retirando o sujeito de possíveis angústias existenciais, principalmente o idoso, nas situações de esvaziamento do lar e perda de entes

queridos (Corrêa et al., 2010; Lindolpho, Sá & Robers, 2009; Araújo et al., 2008; Baptista et al., 2008; Salgado & Freire, 2008).

Sobre os sentimentos de “pertença” e “guia para a vida”, Teixeira (2011) chega a dizer que, a inconstância da sociedade moderna tende a gerar um sentimento de desorientação nas pessoas “que passam a se sentir desalojadas e sem vínculos com as normas sociais do seu grupo” (Teixeira, 2011, pág. 162).

Assim sendo, a Religião atuaria como “teia de sentidos” que orienta os sujeitos em torno de um significado, ou como propõe Berger, “é a ousada tentativa de conceber o universo inteiro como humanamente significativo” (Berger citado por Teixeira, 2011, pág. 163). O mesmo autor, ao citar Durkheim e Geertz, aponta que a religião permitiria com que este sujeito tenha o sentimento de “poder mais”, favorecendo-lhe as forças necessárias para suportar as dificuldades da existência, ou seja, não necessariamente como evitar o sofrimento, mas sim apresentando meios de como lidar com a dor física, perda pessoal, derrota diante do mundo ou de sua impotência perante o sofrimento de si e do outro (Teixeira, 2011).

Da Matta citado em Teixeira (2011), apresenta outra perspectiva interessante para o contexto do idoso, apesar de não ter sido foco da citação original, propondo que a religião, e sua linguagem própria, seriam a “voz e a vez” daqueles que são cerceados dos seus básicos direitos, onde a respeitabilidade, muitas vezes ofuscada ou interdita no cotidiano de exclusão, torna-se possível e palpável.

Sobre este tema o autor pondera que “A linguagem religiosa, tecida por preces, rezas, súplicas e promessas, permite a um povo destituído de tudo, que não consegue comunicar-se com seus representantes legais, falar, ser ouvido e receber os deuses em seu próprio corpo” (Da Matta citado em Teixeira, 2011, p.167).

Percebe-se que os temas religiosidade e saúde do idoso guardam proximidades significativas. Especificamente sobre esta relação, Monteiro (2004), propõe que a religião pode torna-se um recurso facilitador na compreensão e aceitação das perdas e ganhos do processo de envelhecimento, além de abrir “a perspectiva da morte como o momento final do processo de vida levando irremediavelmente à questão espiritual: qual devir do meu ser?” (Monteiro, 2004, pág. 176).

Pesquisas como as de Araújo et al. (2008), assinalam que a religiosidade no contexto do idoso pode apresentar-se de forma mais acentuada quando associada à maior frequência de eventos não controláveis, tais como, o surgimento de incapacidades oriundas do processo de envelhecimento ou mesmo advindas de doenças crônicas incapacitantes – afirmação presente também no texto de Valente & Ramazzini (1994).

Tais situações favoreceriam reflexões sobre as próprias limitações, aproximando-os da finitude da vida já que, à medida que o tempo passa, torna-se mais evidente o declínio natural das funções orgânicas e psicossociais. O idoso, ao perceber o declínio iminente da vida, conseqüentemente elabora questões a respeito de como “o fim da vida” se processaria e de como seria seu pós-morte que, de forma paradoxal, pode interferir nas estratégias utilizadas em vida, inclusive, em relação à sua saúde (Araújo et al, 2008; Valente & Ramazzini, 1994).

O aumento, ou mesmo a manutenção, da religiosidade com o avançar da idade, vem sendo associada à repercussões positivas na saúde do idoso, principalmente em nível psicossocial resultado, segundo a literatura, do suporte sócio - afetivo que se estabelece entre os integrantes do credo religioso, reforçados pelo compartilhamento da crença em comum (Baptista et al., 2008, Floriano & Dalgalarondo, 2007 e Drucker, 2005).

Cardoso & Ferreira (2009) propõem que, à medida que o idoso orienta sua existência segundo preceitos religiosos específicos, modela a forma como percebe suas experiências, favorecendo processos cognitivos positivos que aumentam os sentimentos de auto-eficácia, de amor próprio, de controle, de segurança pessoal e senso de significado para a vida, principalmente quando não dispõem de outros recursos que possam contribuir para esse suporte - situação dos idosos aposentados, viúvos e institucionalizados.

Entretanto, esta relação entre saúde do idoso e religiosidade ainda não é totalmente conhecida. Para Cruz et al., (2009), o estudo dos mecanismos de ação da religiosidade, que denominaram como pública ou privada, no contexto de idosos deprimidos, revelaria uma associação negativa entre frequência de oração/meditação e depressão/desesperança, mas não chegaram a conclusões sobre como se dá este processo.

Daleeman, Subashan & Studenski (2004), também se baseiam na possibilidade de a espiritualidade (neste caso, não a religiosidade) estar vinculada a melhores relatos de auto - avaliação de saúde por fatores subjetivos, porém não avança muito em suas cogitações.

Greenfield, Vaillant & Marks (2009), apontam uma boa associação entre a prática religiosa formal e melhora do bem-estar psicológico, notoriamente, propósito de vida e crescimento pessoal entre os adultos mais velhos - porém apontam maior associação deste bem-estar com percepções espirituais em geral.

Moxey, Bowe & Attia (2011), ao analisar o impacto da importância percebida da espiritualidade ou religião (ISR) e dos serviços de atendimento religioso (RSA) sobre a saúde e apoio social em idosos, relatam que ISR e RSA foram associados com maiores níveis de apoio social, entretanto, ISR também foi associado com mais comorbidades. No presente trabalho, não houve associação estatisticamente significativa entre ISR ou RSA a outras medidas, tais como, a saúde física e mental.

Ao analisar trabalhos religiosos voluntários, formais e informais, Krause (2009), sugere que exista uma forte propensão destes adultos mais velhos terem efeitos benéficos para a saúde mediante esta prática.

McFarland (2009) sugere que, através de uma análise multivariada, o gênero é uma variável que gera diferenças na relação entre envolvimento religioso e saúde mental de idosos americanos, identificando que os homens obtêm mais benefícios para a saúde mental pelo envolvimento religioso em relação às mulheres.

Ainda no mesmo estudo propõe que, nas idosas, os níveis alto e moderado de religiosidade organizacional não foram relacionados a menores níveis de ansiedade da morte sendo que, homens com níveis muito altos de envolvimento religioso organizacional, tendem a ter níveis mais elevados de saúde mental do que todos os outros homens (McFarland, 2009).

Para Araújo et al (2008) e Valente, Bachion & Munari (2004) é possível entender que a participação social, pró-atividade, autonomia e motivação trabalhadas no contexto religioso, podem incentivar imagens positivas ou negativas sobre esta fase da vida. Quando positiva, atua como uma ferramenta cognitiva de enfrentamento e adaptação do idoso à sua condição de saúde.

A religião e, conseqüentemente, a religiosidade no idoso, tem também por objeto de estudo a forma de atuação deste sujeito dentro da “micro sociedade” Religião, ou seja, o grau de participação deste idoso em seus núcleos religiosos, cada qual com suas especificidades de representações, valores e crenças.

Vale lembrar que, no presente estudo, interessa-nos identificar as Representações Sociais do idoso sobre saúde e envelhecimento construídas à luz da Religião Espírita. Nesse sentido, é importante destacar – conforme assinalam Valente & Ramazzini (1994), que o idoso perante a Doutrina Espírita é entendido como Espírito encarnado³ em aprendizado (assim como em outras fases da vida), entretanto, estar nessa fase se diferenciaria pela intensidade de reflexões sobre a morte que, por sua vez, proporcionariam um “gradual desprendimento das coisas materiais que lhes foram significativas ao longo dos anos vividos na romagem do corpo físico” (Valente & Ramazzini, 1994, p.9).

A imagem compartilhada de idoso, entre os filiados do Espiritismo, está vinculada à crença na imortalidade da alma, da confiança na vida futura (pós-morte) e na sabedoria adquirida (Idem). A crença na sobrevivência do Espírito após a morte, assim como nos processos de encarnação e desencarnação, trazem uma perspectiva onde o fim e o início da vida se confundem, uma vez que o término da experiência encarnatória (material) significaria o (re)início da vida espiritual (Kardec, n.d. Revista Espírita, 1861, junho).

Sobre esta perspectiva não linear, no sentido de início- meio- fim- início da vida espiritual, Kardec (n.d) faz uma interessante observação a respeito da comunicação do Espírito do Marquês de Saint-Paul, propondo que as lembranças da infância e da juventude são frequentes e intensas nesta fase da vida (assim como em sujeitos moribundos), isso “Porque o começo é mais aproximado do fim do que o meio da vida” (Kardec, n.d., p.264) e por representarem “consoladora miragem” (Kardec, n.d., p.264).

Em relação às implicações do envelhecimento no campo físico, observa-se a relevância do declínio funcional do corpo físico como “veste que apodrece” (Kardec, 1974, p.132), embora este processo seja tratado em uma acepção de naturalidade já que “Certamente, do ponto de vista fisiológico, o organismo, à medida que o tempo avança, tende a diminuir sua flexibilidade, o seu equilíbrio, a harmonia das funções” (Franco, 2001, p.53).

³ Encarnado: Situação onde o Espírito reveste-se temporariamente de uma matéria perecível, o corpo físico, e retorna ao mundo material, cujo objetivo é sua evolução intelecto-moral. “Há no homem três coisas: 1º, o corpo ou ser material (...) 2º, a alma ou ser imaterial, Espírito encarnado no corpo; 3º, o laço que prende a alma ao corpo, princípio intermediário entre a matéria e o Espírito.” Este último chamado de Períspírito (Kardec, 1974, p.23). Desencarnação seria o desprendimento do corpo físico, esgotado de suas capacidades materiais, e o retorno do Espírito, ao mundo Espiritual (Kardec, 1974).

Contudo, também é fortemente associado ao “resultante” das ações do Espírito nesta e em outras vidas, ou seja, a forma como se vivencia o envelhecimento está relacionada às atitudes e condutas exercidas durante a vida, reforçando a necessidade de se manter o Espírito ativo, lúcido, entusiasmado e permanentemente livre, embora limitado pela matéria que naturalmente declina (Valente & Ramazzini, 1994).

Franco (2001) dissocia o envelhecimento físico do envelhecimento psíquico, sendo o psíquico variável e também consequência da maneira como o sujeito pensa e enfrenta este processo, ressaltando também a necessidade de um envelhecimento ativo, no sentido do contínuo de trabalho, mesmo que compatível com suas possibilidades. Assim,

A questão da idade é mais psicológica do que real. (...) É possível conservar a memória ativa, adquirir novos conhecimentos e realizar abençoadas experiências. (...) Sendo um período de natural diminuição das resistências físicas, embora às expressivas exceções, a velhice faz parte da existência corporal, e todo aquele a quem a morte não arrebate antes, penetra-la-á, devendo preparar-se para o tentame com expectativas otimistas, mantendo os ideais de enobrecimento e trabalhando sempre (Idem, p.53).

No âmbito do Espiritismo, é relevante destacar a coexistência de duas concepções de velho: a do corpo físico ‘velho’ e a do espírito ‘velho’. O corpo físico, ao envelhecer, apresenta os declínios anteriormente descritos, enquanto o Espírito, este sim o ‘ser real’, envelheceria no sentido de aquisição de sabedoria, de progresso intelecto-moral resultante das diferentes experiências encarnatórias.

Xavier (2004), através de psicografia do espírito de Emmanuel⁴, traduz esta concepção sobre juventude e ancianidade, através do seguinte trecho: “(...) não podem significar senão meras expressões de uma vida física que finda com a morte. Não há moços nem velhos e sim almas jovens no raciocínio ou profundamente enriquecidas no campo das experiências humanas” (Xavier, 2004, p. 40).

Baseado nesta mesma concepção, Franco (2005), através do espírito de Manoel Philomeno de Miranda, afirma que “os Espíritos são as almas dos homens com as suas qualidades e imperfeições” anteriores (Franco, 2005, p.137).

⁴ Segundo a Doutrina Espírita o autor da obra literária é o Espírito comunicante. Tal fato traz a necessidade de expor não apenas o autor médium, mas também o Espírito chamado de autor espiritual.

Nessa mesma direção, Mauro (2005) - citando o espírito de Joanna de Ângelis -, reforça esta ideia ao propor que, enquanto espíritos, somos a soma de nossas vidas pregressas, onde por vezes a idade física pode não corresponder à idade espiritual, e vice-versa.

A Representação de Saúde, por sua vez, consistiria no status de equilíbrio espiritual onde, por ocasião de seu desajuste, manifestar-se-ia os diferentes tipos de patologia física, psíquica e espiritual (Toledo, 1983): ou seja, em linhas gerais, a saúde representaria o equilíbrio espiritual.

Nessa perspectiva, ganha relevância o paradigma Médico-Espírita de Saúde que, propondo uma abordagem holística, entende os processos mórbidos como essencialmente mentais comandados pelo Espírito, embora os aspectos físicos, biológicos, sociais, culturais e espirituais também tenham influência sobre ele (Nobre, 2004). Resumidamente, os pressupostos que embasam este paradigma são:

(1) Imortalidade da alma e ação prioritária desta sobre o corpo físico e os envoltórios sutis (corpo mental, perispírito); (2) Poder co-criador da mente e dos pensamentos, ação não local da consciência; (3) Comunicabilidade do Espírito por meios extra-sensoriais; (4) Reencarnação, lei biológica natural que enseja aprimoramento espiritual contínuo; (5) Lei de Ação e Reação, que respeita o livre-arbítrio e confere a cada um segundo as próprias obras; (6) Saúde: estado de perfeita harmonia da alma; (7) Cura: é na verdade autocura; (8) Corpo físico: filtro de impurezas da alma e meio de evolução espiritual; (9) Amor Universal: conquista máxima do ser, que lhe confere saúde perfeita (Idem, p.10).

Dessa forma, ao centrar-se no Espírito compreende-se que nele situam-se tanto “as forças equilibrantes e restauradoras para os trilhões de células do organismo físico” (Nobre, 2004, p.10), quanto os materiais de poder destrutivo originário dos vícios da mente, tais como o egoísmo, o orgulho, a vaidade, a tirania, dentre outros.

De acordo com o autor, entender a saúde/doença sob este paradigma permite que os sujeitos se utilizem de outros tipos de terapia não convencional, dentre elas a Terapia Complementar Espírita, constituída de prece, meditação, desobsessão⁵ e da fluidoterapia por passes ou água fluidificada. Além disso, também estimularia o autoconhecimento cujo

⁵ Desobsessão: Forma de tratamento espiritual realizado nos Centros Espíritas cujo objetivo é neutralizar a ação persistente de um Espírito desencarnado sobre um indivíduo e que vem prejudicando-o. Quando o sujeito encontra-se sob a ação do Espírito, chamado de obsessão, ele encontra-se na situação de obsidiado, podendo apresentar distúrbios físicos, psíquicos e comportamentais de acordo com a forma de obsessão, esta indo desde a simples influência moral até a perturbação completa do organismo e das faculdades mentais (Kardec, 2006).

principal benefício estaria na Reforma Íntima, ponto básico para o aperfeiçoamento espiritual, assim como para o equilíbrio do espírito, fonte da saúde segundo este paradigma (Ibidem).

Entendendo esta série de especificidades que a Doutrina Espírita possui em relação às concepções de saúde e de envelhecimento discorreremos, a seguir, sobre as estratégias metodológicas utilizadas com o objetivo de captar fidedignamente - e sob a perspectiva dos próprios idosos - como estabelecem a articulação entre Espiritismo, Saúde e Envelhecimento.

CAPÍTULO III

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE E ENVELHECIMENTO ENTRE IDOSOS ESPÍRITAS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA

3.1. Caracterização da pesquisa: objetivos e procedimentos operacionais

Conforme já assinalado, o objetivo geral deste trabalho consiste em identificar, analisar e discutir as Representações Sociais de Saúde e de Envelhecimento entre os idosos frequentadores de Centros Espíritas, no município de Juiz de Fora.

De maneira específica, pretende-se identificar, analisar e discutir as representações dos termos ‘saúde’ e ‘envelhecimento’ para estes idosos, discutindo como constroem a inter-relação entre saúde, religiosidade e envelhecimento. Além disso, busca-se identificar, analisar e discutir o significado de ser Espírita para o idoso visando compreender o papel dessa vivência religiosa na experiência individual desse sujeito, bem como analisar e discutir até que ponto a religião Espírita interfere na manutenção ou alteração dos paradigmas de saúde e envelhecimento para esta faixa etária.

Para atender aos objetivos propostos optou-se por uma pesquisa de natureza qualitativa, considerando-se que esse tipo de investigação propicia, simultaneamente, tanto o aprofundamento dos aspectos subjetivos do sujeito/grupo, como os elementos referentes ao espaço onde formulam suas representações a respeito de saúde e envelhecimento (Godoy, 2005; Turato, 2005 & Gonçalves, 2004). Isso significa, em termos metodológicos, superar procedimentos e análises excessivamente objetivas, fragmentadas, demasiadamente focadas na biopatologia, passando a valorizar, também, as representações dos sujeitos – sem que o rigor acadêmico e o padrão de cientificidade sejam comprometidos.

Com base nesse pressuposto metodológico, consideramos os próprios Centros Espíritas como o espaço mais apropriado para a realização da pesquisa. Tendo em vista que a situação sócio-econômica e cultural interfere diretamente na construção de Representações Sociais, avaliamos que seria importante a participação de Centros Espíritas (CE) da cidade de Juiz de Fora/MG localizados em diferentes áreas geográficas do município, com realidades distintas, permitindo-nos captar, minimamente, eventuais diferenças e configurações, a saber: os bairros de São Pedro, Mariano Procópio e Centro da cidade.

Do ponto de vista instrumental, o Grupo Focal e a Entrevista Semi-estruturada foram as estratégias de coleta de dados utilizadas. Importante ressaltar que a utilização desses instrumentos teve como objetivo captar de maneira mais aproximada as falas dos idosos (através das Entrevistas), bem como permitir maior similaridade com as situações do cotidiano (através dos Grupos Focais) – que, por sua vez, favoreceriam uma expressão mais espontânea dos participantes e, portanto, mais real e reveladora de suas RS (Vasconcelos, Viana, Santos & Pedrosa, 2007; Ezequiel & Sonzogni, 2006; Costa, 2006; Oliveira, Teixeira, Ficher & Amaral, 2003).

Para a realização dos Grupos Focais, foram convidados seis idosos de cada CE, observando-se o critério de que o número máximo de seis, e mínimo de quatro participantes, corresponderia a um intervalo aceitável para a composição efetiva de um grupo. No caso, foi solicitado ao representante (Presidente e/ou responsável no momento) do CE a indicação de dez idosos, dos quais seis nomes foram sorteados para a formação do Grupo Focal.

Para garantir o anonimato previsto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFJF, os CE's integrantes foram nomeados como "A, B e C" e os sujeitos descritos, quando necessário, pelas iniciais de seus nomes. Nos Grupos Focais o CE "A" contou com a participação de seis idosos, o CE "B" cinco presentes e um ausente por motivos de doença e o CE "C" cinco presentes e um ausente por motivos desconhecidos. Participaram das entrevistas individuais treze idosos, sendo três do CE "A", seis do CE "B" e quatro do CE "C".

Também foi solicitada ao representante do CE, a disponibilização de um local para a execução dos grupos e das entrevistas, assim como o contato dos idosos sorteados para participar. A realização de ambos os procedimentos foi previamente agendada, mediante confirmação por telefone dos idosos participantes.

A indicação dos idosos para a formação do Grupo Focal atendeu aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos, frequentador do CE selecionado e que desempenhe algum trabalho voluntário no local não necessariamente relacionado a funções de presidência ou diretoria. O critério do "não cargo" de presidência ou diretoria tem como justificativa a compreensão de que determinados cargos hierarquicamente superiores, podem produzir falas enviesadas no contexto grupal, em decorrência do nível de comprometimento institucional destes sujeitos.

A escolha por idosos que realizam trabalho voluntário no CE teve por objetivo homogeneizar o nível de interação do idoso com a religião, nivelando os participantes sob a mesma condição de trabalhadores, compreendendo que, ao estarem engajados no trabalho Espírita, estariam imbuídos de um forte sentimento de pertença da religião em suas vidas. Foram excluídos os idosos que possuíam algum tipo de comprometimento cognitivo, auditivo, de fala ou outro que dificultasse sua interação e participação no grupo.

Tendo em vista que a longevidade do brasileiro é maior no sexo feminino, as mulheres poderiam ser maioria na formação dos grupos, entretanto, foi considerado indispensável a presença, no mínimo, de um representante do sexo masculino, já que o processo de formulação das Representações Sociais pode ser diferenciado também, a partir do gênero entre os sexos. Vale informar que não foi possível a formação de grupos que tivessem números iguais de representantes para cada sexo.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, a população dos “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (Ministério da Saúde, 2010, p. 11) cresceu mais do que todo o seguimento populacional acima dos 60 anos, posto isso, pretendeu-se incluir de forma não obrigatória ao menos um idoso acima dos 80 anos, contribuindo com uma percepção mais longa sobre as questões desta pesquisa.

O grupo ocorreu num tempo, em média, de sessenta minutos, de acordo com o seguinte roteiro: Recepção dos idosos; informações básicas sobre a pesquisa - de modo que não gerasse expectativas que viessem as colocações dos mesmos, e apresentação do mediador do grupo e dos observadores. Em seguida, realizou-se uma rápida dinâmica de grupo (como consta no apêndice 01), visando tornar o ambiente propício à abertura dos sujeitos e permitir maior interação entre eles e os pesquisadores.

Após a dinâmica, foi realizado o Grupo Focal com questões norteadoras (apontadas no apêndice 02), sendo as respostas gravadas em áudio e transcritas para um arquivo do programa Word. Logo depois da conclusão do trabalho em grupo, ocorreu o preenchimento do questionário sócio-econômico e religioso (apresentado no apêndice 03), finalizando-se, a seguir, com os agradecimentos e esclarecimento de dúvidas surgidas e a consequente assinatura do TCLE (Apêndice 04).

Vale esclarecer que, apesar da decisão de excluir os idosos que exercem funções hierarquicamente superiores tais como diretoria e vice, supervisão, presidência e vice, tesouraria e patrimônio, etc., da participação dos Grupos Focais, entende-se que pelo alto nível de envolvimento institucional que possuem também são fontes potenciais para o estudo sobre RS proposto nesta pesquisa. Por isso, foram convidados a participar de Entrevistas Semi-estruturadas com os pesquisadores, cujo conteúdo foi semelhante ao do Grupo Focal, porém adaptado à situação individualizada. Nesta fase, a pesquisa contou com a presença de cinco alunos matriculados na disciplina de “Treino em Pesquisa I”, que ficaram responsáveis pela execução e transcrição das entrevistas – mediante participação em aulas sobre metodologia de pesquisa qualitativa e treinamento específico para tal.

Assim sendo, foram convidados três idosos do CE “A”, seis idosos do CE “B” e quatro idosos do CE “C” para participarem das Entrevistas Individuais. A inclusão obedeceu aos mesmos critérios do Grupo Focal, exceto o quesito ‘função hierarquicamente superior’, assim como o de exclusão.

É importante registrar que esta pesquisa foi realizada mediante aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFJF (Anexo 1), sendo tomados os devidos cuidados éticos para com os idosos, assegurando o anonimato de suas identidades, a livre escolha em participar ou não da pesquisa, esclarecimento da metodologia e dos objetivos da pesquisa, assim como cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde constam documentados todos estes aspectos éticos, além de assinatura, endereço e contato dos principais pesquisadores envolvidos.

De forma similar, foi assegurada aos Centros Espíritas a livre escolha em participar ou não da pesquisa, sendo devidamente esclarecidos sobre os respectivos conteúdos, objetivos e metodologia. É importante registrar, ainda, que após a finalização da dissertação, será enviado aos Presidentes dos CE um breve relatório, destacando os principais ‘achados’ da pesquisa, bem como estes resultados podem estar relacionados à saúde dos idosos.

3.2. Resultados obtidos e análise dos dados

Tendo em vista que os objetivos e os procedimentos operacionais desta pesquisa - especialmente no que diz respeito à análise/discussão dos dados - nos remete diretamente ao

estudo das Representações Sociais, torna-se imprescindível apontar - embora sucintamente-, alguns elementos básicos referentes à sua formulação.

De acordo com a literatura especializada, as Representações são utilizadas pelos sujeitos com o objetivo de tornar familiar algo não familiar, transferindo aquilo que é externo, estranho e perturbador para o universo interior, encaixando-o a categorias e contextos conhecidos (Guareschi & Jovchelovitch, 2012; Moscovici, 2010; Gomes, 2004). Portanto, representar uma ideia ou objeto significaria fazer com que o mundo seja o que pensamos que ele é ou deve ser, ou seja, representar

consiste em atenuar o estranho, introduzi-lo em um espaço comum, provocando o encontro de visões, de expressões separadas que, em certo sentido, se procuram, tornando os símbolos compreensíveis para o homem das mais diversas culturas (Gomes, 2004, p.47).

Para Moscovici, o movimento de “tornar familiar algo não familiar” permite aos sujeitos integrantes dos grupos sociais “sentir-se em casa”, tal como ilustrado no trecho abaixo:

Tudo o que é dito ou feito ali, apenas confirma as crenças e as interpretações adquiridas, corrobora, mais do que contradiz, a tradição. Espera-se que sempre aconteçam, sempre de novo, as mesmas situações, gestos, ideias. (...) Em seu todo, a dinâmica das relações é uma dinâmica de familiarização, onde os objetos, pessoas e acontecimentos são percebidos e compreendidos em relação a prévios encontros e paradigmas (Moscovici, 2010, p. 54).

Berger & Luckman citado em Gomes (2004) afirmam que é a partir da tensão entre familiar e não familiar que a tradição perde seu caráter imutável, o que gera a contradição entre atrair, intrigar, mas também de perturbar e amedrontar diante da possibilidade da perda de referenciais cotidianos. Esta “familiarização” ocorre por intermédio de dois processos importantes: a ancoragem e a objetivação. A ancoragem mobiliza o material “estranho” ao grupo para determinadas “categorias e rótulos” pré-estabelecidos, classificando, nomeando e rotulando, o que facilita sua interpretação e comparação com outras informações (Moscovici, 2010).

Segundo Gomes, a ancoragem consiste em “perceber o conhecimento novo pela janela do conhecimento antigo, isto é, o estranho é classificado de acordo com algum conhecimento existente na memória do sujeito por um processo de aproximação e similitude” (Gomes, 2004, p.45).

De acordo com Berger, a ancoragem (citado em Gomes, 2004), consiste na inserção do objeto representado (ideias, crenças, acontecimentos, pessoas) em um sistema de pensamento social preexistente através da via cognitiva, podendo este pensamento social preexistente ser uma representação já disponível.

Desta forma, quando o conteúdo estranho é tornado familiar, perde seu caráter de excentricidade e de atração, passando para a categoria de naturalidade, sendo então incorporado ao repertório de interpretação da realidade pelo indivíduo (Gomes, 2004).

Por sua vez, a objetivação acresce à informação classificada um cenário familiar, relacionando-a a uma imagem que reproduza esta estrutura conceitual de maneira visível, deixando de ser uma entidade abstrata (Horochovski, 2004).

Estas imagens são posteriormente transpostas para a realidade, de tal maneira que não exista delimitação visível entre a representação e o objeto representado, ou seja, objetivação é o processo pelo qual o sujeito transforma o conhecimento novo, seja ele ideias, imagens ou outros materiais, em objetos, coisas concretas e materiais (Idem, 2004).

Para Jodelet citado por Gomes (2004), o processo de objetivação consiste em dar forma ou figura às representações tornando-as concretas, “materializando a palavra que é compelida a ligar-se a alguma coisa, a encontrar equivalentes não verbais de representação mental” (Idem, p.50). É possível assinalar, portanto, que quando se fala em conhecimento socialmente partilhado, tem-se em perspectiva um conjunto de idéias, de representações sociais, através das quais as pessoas explicam partes mais ou menos amplas do real-social.

Desta forma, ao manejar um conhecimento coletivo, o que se busca, ou melhor, se descreve, são as produções sociais de classes ou de grupos com interesses concretos, que se manifestam nas relações entre os indivíduos, agentes sociais e instituições através da linguagem, cultura, educação, religião e outros (Ibidem).

Com base nesses pressupostos, acreditamos que a técnica de análise de material qualitativo mais apropriado para este trabalho é a análise hermenêutico-dialética. Para Minayo (2010), a hermenêutica-dialética consiste em uma articulação na qual a hermenêutica proporciona a compreensão dos textos, cuja base é o entendimento (mais que o desvendamento) do que o outro apresenta como verdade - além de situá-lo historicamente.

Esta técnica de análise, ao mesmo tempo em que parte da compreensão do texto, propõe que a mesma só é possível pelo estranhamento ou, segundo a dialética, do reconhecimento e análise dos pontos divergentes, contrários, diferenças, os questionamentos e a crítica como base da formação do conhecimento (Idem, 2010).

A operacionalização da referida técnica de análise fundamentou-se, portanto, nos seguintes passos – adaptados da proposta de Minayo (2010):

1. Caracterização sócio-econômica dos idosos de Juiz de Fora - e especificamente dos participantes da pesquisa, através do questionário sócio-econômico e religioso;
2. Organização sistemática do material;
3. Leitura horizontal do material organizado e formulação das categorias teóricas empíricas (ou operacionais);
4. Leitura transversal do material, a partir das categorias empíricas eleitas;
5. Análise final: discussão entre as categorias teóricas empíricas e as categorias teóricas desenvolvidas no decorrer dos capítulos I e II.

Conforme já assinalado nos capítulos anteriores, a interação entre saúde, envelhecimento/idoso e religiosidade é um tema complexo e, por vezes, de difícil abordagem. Com o intuito de facilitar o percurso metodológico adotado buscamos desenvolver a presente análise tendo como referência três concepções básicas que, no nosso entendimento, constituem o tema em questão:

- (1) concepção ampliada de saúde - pautada numa dimensão multidimensional, biopsicossocial -, cujas imagens e sistemas são construídos socialmente, considerando as vivências, crenças e representações presentes nos diferentes grupos populacionais - neste caso específico, os idosos;
- (2) concepção de idoso, pautada na ideia de envelhecimento como um processo que, de acordo com as experiências individuais e sociais, podem produzir/reproduzir representações de envelhecimento positivas ou negativas – entendendo-se por idosos, sujeitos com idade igual ou superior a sessenta anos, caracterizados por uma série de especificidades biológicas;

(3) concepção de religião como uma experiência coletiva, socialmente construída, repleta de significados na vida dos sujeitos, parte integrante e integradora dos processos culturais – portanto, o conhecimento das crenças, dentre elas a religiosa, contribui para o entendimento da produção/reprodução das Representações sobre Saúde e Envelhecimento de idosos com filiação religiosa.

Vejamos, a seguir, o detalhamento dos resultados/análise dos dados coletados a partir das estratégias metodológicas acima descritas - utilizadas por serem consideradas mais adequadas ao tratamento do tema em questão: as conexões entre religiosidade e a saúde do idoso.

3.2.1. Caracterização dos idosos residentes na cidade de Juiz de Fora e dos participantes da pesquisa

Segundo o Centro de Pesquisas Sociais (CPS/UFJF) o município de Juiz de Fora tem 70.288 idosos para uma população municipal de 516.247, sendo que a maior taxa de crescimento populacional do município (45%) encontra-se nesta faixa etária (IBGE citado por Centro de Pesquisas Sociais [CPS], 2012).

Assim como no Brasil, Juiz de Fora apresenta um processo de feminização do envelhecimento, caracterizado pelo maior número e longevidade de mulheres em relação aos homens (CPS, 2012). Esta feminização, também vem pautada por uma forte discrepância, por exemplo, em relação à escolaridade, uma vez que 70% (setenta por cento) dessas idosas estudaram somente até a quarta série do ensino fundamental, ao contrário dos homens que representam 46,3% de idosos neste nível de escolaridade. De maneira geral, a população idosa de Juiz de Fora tem baixa escolaridade, sendo que apenas 7,4% deles tem curso superior completo (Idem).

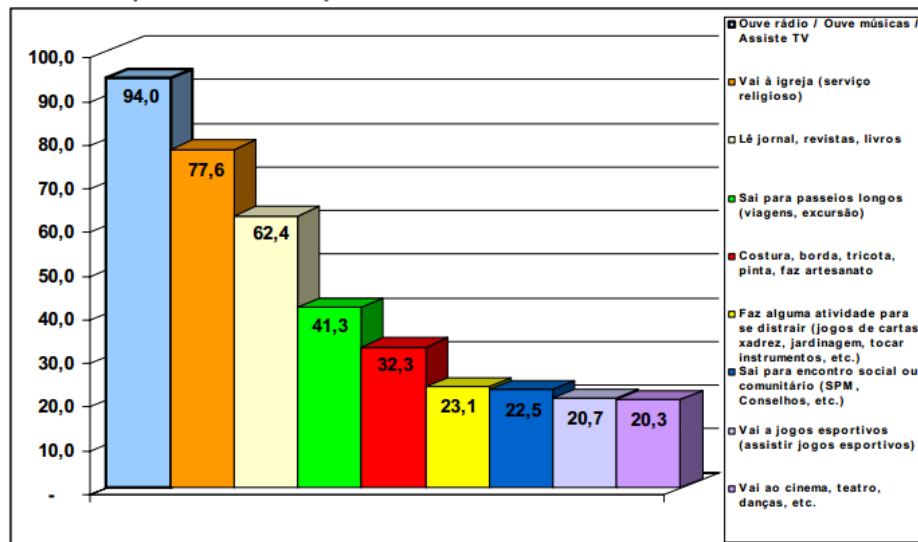
De forma coerente com este processo de feminização, 48% das idosas entrevistadas são viúvas, ao contrário dos homens que, em sua maioria, encontram-se casados ou morando com uma companheira. De maneira geral, 14,4% dos idosos moram sozinhos (independente do sexo), enquanto aqueles que moram acompanhados contribuem com a moradia e cuidam de crianças ou adolescentes (Ibidem).

Grande parte dos idosos (79%) relata ter algum problema de saúde, sendo que 63,5% apresentam pelo menos uma doença crônica, sendo as mais recorrentes, doenças cardiovasculares e hipertensão (55,7%), osteoporose, artrite, artrose, gota e reumatismo (37,2%) e casos relativos a articulações dos braços, mãos, pernas e pés (22%) (Ibidem).

A renda do idoso juiz-forano é obtida através da aposentadoria, pensão e ajuda do marido ou mulher, isolada ou associadamente, sendo em sua maioria inferior a dois salários mínimos (Ibidem).

O CPS também revela que a maioria dos idosos ocupa seu tempo livre com a família e com atividades religiosas, conforme demonstra gráfico abaixo ilustrado (Ibidem).

Atividades que realiza no tempo livre:



Fonte: Centro de Pesquisas Sociais / UFJF, Perfil do Idoso de Juiz de Fora - 2012.

Em relação aos vinte e nove idosos participantes desta pesquisa (dezesseis em Grupos Focais e treze em Entrevistas), observou-se que a grande maioria era do sexo feminino (vinte idosas), intervalo de idade predominante de 60 a 64 anos (apenas quatro participantes estavam acima dos 80 anos), a maioria era casado (12) ou viúvo (10).

É importante ressaltar que o intervalo etário predominante nos grupos focais foi superior (70 a 74 anos) em relação ao das entrevistas, que foi de 60 a 64 anos. As mulheres se apresentaram mais longevas em ambos os contextos (faixa etária predominante de 75 a 79 anos), sendo que dos dez viúvos da amostra **todos** foram do sexo feminino.

Apenas sete, dos vinte e nove participantes, moram sozinhos, sendo que a maioria relatou morar com filhos e/ou cônjuge. Cinco dos participantes moram apenas com os filhos e dez com o cônjuge/outro e filhos, número superior aos idosos que moram acompanhados apenas pelos cônjuges ou outros familiares, sendo que, dos sete participantes que declararam morarem sozinhos, somente três não possuem filhos. Interessante notar que nenhum dos participantes reside em instituições de longa permanência para idosos, e que somente três dos participantes não são aposentados - porém vivem de pensão.

Embora a grande maioria seja aposentada e sobreviva apenas com esta fonte de renda (18), quatro idosos relatam exercer atividade laboral remunerada associada à aposentadoria. Os idosos que exercem esta atividade remunerada, têm escolaridade média a superior completos, sendo que, a maioria dos idosos possuem escolaridade média completa (8 idosos) e superior completa (12 idosos).

Em relação ao pertencimento religioso vinte e três idosos relataram ser Espíritas há mais de dez anos, embora apenas quatro dos vinte e nove tenham nascido e crescido em núcleo familiar Espírita. Dos serviços religiosos realizados por estes idosos, a grande maioria se encontra nos departamentos de assistência e promoção social (DAPS), divulgação doutrinária (DDD) e de assuntos da mediunidade (DAM).

Para aqueles idosos que desempenham função de chefia, não foi observada uma filiação a um departamento específico, uma vez que estas funções são referentes ao CE como um todo, e não específicas de um departamento.

Os idosos que realizam atividades no DAPS possuem menos nível de escolaridade (fundamental completo e incompleto), enquanto o departamentos DDD e DAM, assim como as funções hierarquicamente superiores, estavam representadas por idosos com nível de escolaridade médio completo e superior completo. Das treze posições de chefia, apenas um idoso possui escolaridade fundamental completa, sete superior completo, um superior incompleto e quatro, médio completo. Vale salientar, ainda, que o idoso ocupante de chefia e escolaridade fundamental completa, é Diretor do DAPS.

3.2.2. Representações Sociais: descrição e análise

Inicialmente, é importante ressaltar que, após a leitura horizontal das transcrições, os termos, períodos, expressões e a linguagem não verbal que constituíam núcleos de significado foram selecionados e integraram as categorias empíricas – base analítica das Representações Sociais construídas pelos idosos participantes da pesquisa.

De acordo com a proposta analítica da hermenêutica-dialética, as categorias descritas não foram analisadas segundo a frequência de termos ou mesmo de seu ‘tamanho’ e sim da sua representatividade no contexto da(s) fala(s) e nos seus pontos de tensão/contradição.

As Representações Sociais foram captadas e analisadas separadamente, primeiramente nos grupos focais e, em seguida, nas entrevistas. Entretanto, similaridades e contradições entre as RS oriundas destes dois contextos também foram descritas e analisadas ao longo deste item.

3.2.2.1. Representação Social sobre Saúde

Conforme indicado anteriormente, iniciaremos a análise considerando o material proveniente dos Grupos Focais, através dos quais se observa duas significativas formas de Representação Social sobre Saúde: (1) saúde psicossocial e espiritual e (2) saúde ligada ao biológico, autonomia e funcionalidade.

Em relação a RS “*Saúde psicossocial e espiritual*” encontram-se ainda as seguintes subdivisões: Saúde como estados subjetivos e comportamentais, relacionados a sensação de paz e alegria; Saúde como uma dádiva ou bem precioso; Saúde como resultante de comportamentos tidos como positivos; Saúde como produto da relação espiritual/físico, e Ideias de saúde referendadas - entendidas como a reprodução de concepções ou comportamentos legitimados socialmente por parte de personalidades do Espiritismo e/ou da linguagem acadêmica.

O *Apêndice 05* demonstra a RS de Saúde principal, as subdivisões contidas em “*Saúde psicossocial e espiritual*”, além de seus termos constituintes.

No que se refere a RS “*Saúde relacionado ao campo biológico, autonomia e funcionalidade*” encontramos as seguintes subdivisões: Saúde como sinônimo de autonomia e/ou produtividade, Saúde como cuidado com o corpo, Corpo físico - todas elas ilustradas no **Apêndice 06**.

Embora se apresente com configuração complexa e multivariada nos Grupos Focais, observa-se que as RS de Saúde “*Sensação de paz e alegria*”; “*Saúde como uma dádiva ou bem precioso*”; “*Saúde como resultante de comportamentos tidos como positivos*” (Apêndice 05) e “*Saúde como sinônimo de autonomia e/ou produtividade*” (Apêndice 06), destacaram-se pelo forte significado e profundidade na forma como apareceram nas falas dos participantes, inclusive de forma superior à concepção de “*Saúde como produto da relação espiritual/físico*” (Apêndice 05), apontando para uma predominância dos aspectos psicossociais e de autonomia/produtividade, em detrimento aos aspectos religiosos como formadores das RS de Saúde.

Apesar de relevante dentro das RS encontradas, a saúde como “*Produto da relação espiritual/físico*” foi menos expressiva e temporalmente, ao longo da execução do Grupo Focal, secundária em relação às RS predominantes. Esta característica favorece uma série de questionamentos, uma vez que de acordo com a perspectiva sócio-antropológica de saúde proposta por Becker et al, (2009) e Langdon (2009), os contextos sócio-culturais específicos, no caso o Espírita, teriam forte influência na construção dos modelos/imagens de saúde e doença.

Assim como no trabalho de Daleeman, Subashan & Studenski (2004), seria esperado que a dimensão religiosa tivesse a mesma dominância ou mesmo, predominância, em relação às outras dimensões, principalmente se considerarmos o fato de que grande parte desses idosos executam trabalhos voluntários relacionados à “*terapêuticas do Espírito*”, tais como passes, tratamento espiritual e irradiação dentro do DAM.

Observada esta aparente divergência, pontuamos duas hipóteses explicativas: (1) uma espécie de “*calibração*” das respostas dos grupos e/ou (2) predominância do contexto macrossocial na formulação das RS de Saúde. A hipótese (1), Calibração, tem como alicerce, a própria elaboração do roteiro do Grupo Focal, onde encontra-se a seguinte pergunta disparadora “*Para vocês, o que é saúde?*”.

Em todos os grupos, respostas de cunho subjetivo foram predominantes como resposta imediata à pergunta disparadora. Entretanto, ao longo das discussões estimuladas pela moderadora, foram complexificando-se e tendendo à predominância das RS “*Saúde como sinônimo de autonomia e/ou produtividade*”, “*Saúde como cuidado com o corpo*” e “*Saúde como produto da relação espiritual/físico*”.

Embora o estudo das Representações Sociais tenha como objeto o senso comum (Moscovici, 2010), é importante ressaltar que o caráter imediatista das respostas dadas à pergunta disparadora pode ter interferido na real captação de como os idosos entendem saúde. Este fato nos leva a sugerir que as primeiras respostas, correspondentes à algumas RS predominantes (principalmente ligadas a ideia de paz e alegria), sejam na realidade uma preparação para respostas reais.

A hipótese (2), Predominância do contexto macrosocial na formulação das RS de Saúde, refere-se ao fato de que a convivência social dentro da microssociedade Espírita e, com ela, a inserção da condição de Espírito na concepção de saúde destes idosos, **não** superaria as RS difundidas sobre saúde em nível macrosocial (sociedade como um todo). Esta colocação é de certa forma coerente com a própria Teoria das Representações Sociais de Moscovici (2010), se considerarmos que estes idosos, embora Espíritas, estão imersos em uma estrutura social mais ampla e que compartilham com ela determinados conjuntos de ‘senso-comum’ em relação à saúde.

Segundo Minayo (2010), as RS de saúde predominantes em nosso contexto sociocultural brasileiro (macrosocial) e confirmadas pelas categorias encontradas nesta dissertação são, em sua maioria, atreladas a ideia de saúde como responsabilidade do indivíduo, onde o sujeito é inteiramente (ou em grande parte) responsável pelo seu status de saúde ou doença, aqui exemplificado por expressões como “saber da alimentação errada e corrigir” (I.S.).

Após considerar esta especificidade, ressaltamos também a predominância da RS “Saúde relacionada ao biológico, autonomia e funcionalidade”, cuja predominância tem fundamentos diferenciados da análise anterior. A predominância desta RS reflete a concepção de saúde como sinônimo de capacidade laboral/produziva, altamente difundida na contemporaneidade, e que tem apelo incisivo no contexto da saúde do idoso, assim como da própria RS de idoso/envelhecimento.

Sugere-se que a predominância desta RS está associada a possível necessidade que o idoso tem de se mostrar ativo, autônomo e produtivo, mesmo que de forma compatível às suas limitações, ou seja, seria uma forma do idoso lidar com a possível perda do seu valor social pela aposentadoria ou com a imagem de ‘inutilizado’ veiculado em nossa cultura e pontuados nos trabalhos de Guerra & Caldas (2010); Baptista, Neves & Baptista (2008) e Veloz, Shulze & Camargo (1999).

Em menor nível de predominância, porém altamente relevante, encontra-se a RS de “Saúde como produto da relação espiritual/físico”, estabelecendo a interação corpo/espírito e pontuando que a mesma decorre de forma não horizontal e sim hierarquizada, onde o espírito/mente seria superior ao corpo.

Observa-se nos Grupos Focais, que as RS de Saúde “Paz”, “Alegria”, “Comportamentos positivos”, “Saúde como cuidado com o corpo” e principalmente na de “Corpo físico”, guardam uma relação verticalizada entre mente/espírito e corpo, sendo este último concebido, em várias destas categorias, como máquina que se desgasta com o tempo, tal qual observado através da fala “As peças não vão ficando velha? É o nosso corpo”, corroborando com a concepção de “veste que apodrece” (Kardec, 1974, p.132) proposta pela Doutrina Espírita.

No que se refere à relação espiritual/físico nas RS sobre Saúde pondera-se que, embora a RS “Saúde como produto da relação espiritual/físico” não seja predominante, é coerente tanto com a concepção ampliada de saúde deste trabalho, quanto com a própria concepção de saúde veiculada pela Doutrina Espírita.

A concepção Espírita de saúde está atrelada a ideia de equilíbrio espiritual (Toledo, 1983) e ao paradigma médico-espírita (Nobre, 2004), onde se apresentariam de forma complexa e multifacetada, incluindo a dimensão espiritual e até mesmo a superioridade desta dimensão em relação ao domínio biológico tal qual é exemplificada no trecho “Através do Espiritismo a gente tem mais saúde, a gente tem mais alegria, a gente tem mais vitalidade e a gente aprende a lidar com as pessoas com mais tranquilidade, com mais serenidade e isso traz paz interior” (H.A.C.).

Este trecho exemplifica também como as RS sobre Saúde entre estes idosos Espíritas tendem a superar a ideia de saúde como ausência de doença, uma vez que articula as

dimensões físicas, psíquicas e sociais, inseridas no contexto de crenças, significados e comportamentos específicos da Doutrina Espírita.

Outra categoria não muito expressiva, mas extremamente interessante, é a utilização de “Ideias de saúde referendadas”. Esta categoria expressa-se, no caso, através da referendação de atitudes e comportamentos de personalidades Espíritas considerados modelos ideais (“Chico”, “Falconi”, etc.), corroborando o trabalho de Albuquerque (2009), ao propor que esta referendação seria resultante de um processo de objetivação (Moscovici, 2010) dos ideais - neste caso - de saúde, representado através do comportamento e de hábitos de personalidades específicas.

Outro fator que atravessa esta categoria e está ligada a subdivisão “Ideia referendada de saúde através de linguagem científica”, exemplificada por falas como “produzida através de pesquisa” e “faz nosso sistema imunológico funcionar”, é a relativamente alta escolaridade (superior e médio completo) dos participantes, característica não apenas dos idosos desta amostra, mas também descrita no Censo 2010 do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2012) sobre características dos filiados ao Espiritismo.

Outro fator que poderia contribuir com esta característica é a própria concepção ideológica de cientificidade compartilhada entre os Espíritas, uma vez que esta religião é contextualizada ao estímulo do progresso intelectual (e moral), pelo rigor metodológico do método científico na sua literatura básica sendo, inclusive, dimensão central do tríplice aspecto do Espiritismo: Ciência, Filosofia e Religião .

Ao contrário dos achados nos grupos focais, as RS sobre Saúde nas entrevistas individuais mostraram uma predominância de “Relação mente/corpo ou espírito/corpo ou mente/espírito/corpo” em relação a RS de saúde como “Algo subjetivo”, “Comportamentos” e “Autonomia, funcionalidade e/ou produtividade”, por exemplo.

Esta divergência também foi marcada pelo fato dos entrevistados estabelecerem uma íntima articulação entre as dimensões física, psíquica, social e espiritual (como mostram os *Apêndice 07 e 08*), diferentemente dos Grupos Focais, mais multifacetados, porém polarizados em aspectos subjetivos e principalmente na capacidade laboral/produzida e autonomia.

Outro aspecto interessante é que nas entrevistas, grande parte dos sujeitos partiram da própria posição de ‘idosos’ e/ou ‘idosos Espíritas’ para responder as questões sobre saúde, resultando em colocações que integraram mais profundamente os três eixos deste trabalho (saúde, religião e envelhecimento), além de ter ficado mais evidente como a imersão na religião Espírita influenciou não apenas nas concepções de saúde, mas também de envelhecimento.

Estas características, principalmente a predominância da RS sobre Saúde como “Relação mente/corpo ou espírito/corpo ou mente/espírito/corpo”, nos leva a considerar que a escolha metodológica por entrevistas, ao menos neste trabalho, captou melhor as RS dos sujeitos, permitindo aprofundar nas concepções desenvolvidas pelo entrevistado e orientar as falas para as respostas das questões, ao contrário do que propõem os trabalhos de Vasconcelos & Pedrosa, (2007), Ezequiel & Sonzogni (2006), Costa (2006), Oliveira, et al. (2003) que advogam a capacidade ímpar dos grupos em revelar RS, embora também considerem interessante a utilização de métodos diferentes de forma associada.

Outro fator que pode ter gerado esta preponderância de RS sobre Saúde como “Relação mente/corpo ou espírito/corpo ou mente/espírito/corpo” é o altíssimo nível de envolvimento institucional dos entrevistados que ocupam cargos de chefia, em relação aos participantes dos grupos focais que não ocupam cargos hierarquicamente superiores.

As obras de Passos (2006), Macedo (1989) e Albuquerque (1986), pontuam ideia similar sobre a relação entre envolvimento religioso e institucionalização (neste trabalho verificado pelo exercício de cargos específicos: diretores, tesoureiros, presidentes), ao propor uma maior ascendência da expressão religiosa sobre o comportamento dos sujeitos quando fortemente envolvidos neste sistema institucional.

Os trabalhos de Greenfield et al. (2009), apontam de forma similar, uma boa associação entre a prática religiosa formal e melhora do bem estar psicológico, e McFarland (2009) ratifica esta ideia, especificamente sobre mulheres idosas, ambos denotando a relevância deste envolvimento institucional na maior ou menor influência da religião na concepção e comportamento em saúde.

Para exemplificar esta forte introjeção dos paradigmas de saúde veiculados pela religião, citamos o seguinte trecho proferido por uma idosa Presidente do CE “C”:

(...) na condição de Espírita, nós acreditamos que a saúde vai além do conceito da Organização Mundial de Saúde, né? Que seria o bem estar físico, mental, espiritual, social. Eu acho que saúde é uma saúde interna, que se reflete num bem estar físico e no relacionamento com as outras pessoas. Para mim saúde é isso, tá? É uma higidez espiritual. Um estado de equilíbrio espiritual, de harmonia espiritual, que vai naturalmente se refletir no corpo saudável. É aquele conceito antigo de mente sã, corpo são. E isso vai se refletir no nosso relacionamento com as pessoas (A.A.L).

A relação estabelecida neste trecho entre mente e corpo e sua consequência na saúde física e social, também é coerente com a concepção ampliada de saúde deste trabalho e a concepção de saúde veiculada pela Doutrina Espírita, propostas por Nobre (2004) e Toledo (1983). Observa-se ainda a concepção de corpo como instrumento, veste transitória, abrigo do ser real Espírito, assim como em Kardec (1974) e Valente & Ramazzini (1994), também encontradas nos grupos focais.

É importante ressaltar que, ao contrário do que foi identificado nos grupos focais, a RS de saúde como “Autonomia/funcionalidade e produtividade” não foi predominante no contexto das entrevistas. Supõe-se que, por estarem em funções ativas e de relativo destaque dentro do CE, estes idosos não percebiam (ou não têm) a necessidade de expressar sua saúde como resultante da sua autonomia e produtividade, tal como observado no grupo focal. Além disso, a média de idade foi inferior a do grupo focal, sugerindo menor probabilidade de limitações físicas e/ou cognitivas em decorrência da idade - que também ratificaria este dado.

Considerando Grupos Focais e Entrevistas, as RS de Saúde mais relevantes no contexto deste trabalho foram “Relação entre mente/corpo, Espírito/corpo ou mente/Espírito/corpo” e “Saúde como sinônimo de autonomia e/ou produtividade”, sendo que nos grupos focais foi identificada uma grande diversidade de RS de Saúde menos expressivas, conferindo uma complexidade de representações a este tema, ao contrário da baixa diversidade nas entrevistas, que se polarizaram de forma muito mais evidente.

Ambos os contextos mostraram que as RS sobre Saúde associadas a relação Espírito/corpo e sujeito/sociedade foram compatíveis com a concepção de saúde ampliada adotada neste trabalho, principalmente por demonstrar como o contexto sociocultural, o conjunto de crenças específicas, no caso religiosa, atravessam a forma como os sujeitos modelam seus “*status*” de saúde, assim como sustentam as práticas de prevenção e cura - embora esses aspectos sejam muito mais evidentes nas entrevistas, inclusive como RS predominante, em relação aos grupos focais.

No que se refere as RS associadas à produtividade, atividade e autonomia, também relevantes na produção de RS sobre saúde entre os idosos Espíritas, salienta-se a proeminência da dimensão física como preditor do status de saúde no idoso, em contrapartida à concepção de saúde ampliada adotada neste trabalho, que prevê uma relação entre diferentes dimensões.

Entretanto, a dimensão física - e, conseqüentemente, a capacidade de produção, atividade e autonomia -, também está associada à própria viabilidade deste idoso inserir-se nas atividades propostas pelo núcleo religioso, compreendendo que determinadas condições psíquicas e físicas podem restringir sua atuação, tal como propõem os trabalhos de Guerra & Caldas (2010) e Baptista et al. (2008).

Outro fator que pode influenciar a importância que esta RS assume para o idoso espírita está relacionado à própria concepção de trabalho construída pela Doutrina Espírita. Segundo Kardec (1974), observa-se o estímulo incessante à ocupação útil, material ou não, como uma necessidade do homem em desenvolver-se moral e intelectualmente, embora pontue que o limite do trabalho material seja o das próprias forças físicas, inclusive resguardando o direito ao descanso na velhice.

Todavia, o mesmo autor ressalva que embora limitado em suas forças físicas o idoso, ou qualquer pessoa fisicamente limitada, pode e deve ser útil, de acordo com as suas possibilidades, favorecendo assim a ideia de saúde e mesmo de envelhecimento, associada à concepção de atividade, funcionalidade e autonomia – conforme veremos, a seguir.

3.2.2.2. Representações Sociais sobre Envelhecimento e Idoso

As Representações sobre Idoso e Envelhecimento estão intimamente ligadas, de modo que integram este mesmo subitem e estão disponíveis, assim como seus termos constituintes, nos *Apêndices 9 e 10* (Grupos Focais) e *Apêndices 11, 12 e 13* (Entrevistas).

Embora não seja objetivo específico deste trabalho, as RS sobre Idoso têm relevância fundamental para o a análise das RS sobre Envelhecimento, uma vez que a perspectiva teórica apresentada no Capítulo I esclarece que o termo *Idoso* refere-se ao sujeito, enquanto *Envelhecimento* ao processo, ambos indissociáveis.

Com base neste esclarecimento preliminar, podemos ressaltar que no contexto dos Grupos Focais uma das RS de Idoso predominante “Ser idoso como algo demarcado pela mudança de comportamento da sociedade/instituições para com ele” foi, em parte, coerente com a concepção de Idoso proposto neste trabalho - no que se refere a esta mudança de comportamento da sociedade e das políticas específicas para a pessoa idosa, sendo que no contexto dos Grupos Focais esta mudança não se apresentou de forma negativa.

Esta RS pode ser exemplificada através dos trechos: “tem mais cuidado (as pessoas) com a gente, tratamento diferente, mas assim, até mais carinhoso” (L.P) e “Eu achei ótimo de não precisar mais pagar passagem.” (C.A.), ambas em concordância com o trabalho de Minayo & Coimbra Jr. (2011) no que concerne ao espaço próprio ocupado pelo idoso dentro da dimensão política, econômica e social neste país.

Embora apontada de forma positiva, através de termos como ‘carinho’, ‘aposentadoria’ e ‘não pagar passagem’, cabe ressaltar que, no trabalho de Rodrigues & Neri (2012) esta fase da vida está associada à predisposição de vulnerabilidade programática, social e de acesso à saúde, ideia esta que não foi percebida pelos idosos Espíritas, embora seja predominante em outros trabalhos na área.

Os participantes dos Grupos também relataram ‘idoso’ através da RS de “Quando/como se perceberam idosos” onde, só perceberam-se como tal, mediante a fatores/experiência de vida específicas que demarcaram sua auto-denominação, sendo esta percepção extremamente variável e contextualizada com base na história de vida dos próprios sujeitos, assim como propõe Hein & Aragaki (2012).

Os seguintes trechos demonstram claramente esta conotação, ratificando o trabalho dos autores supracitados: “Eu vim sentir a minha idade depois que eu fiquei viúva. Aí que eu vim sentir que tinha idade porque fiquei sozinha” (H.A.C) e “vim perceber a velhice há dez, onze anos atrás quando a minha sogra adoeceu”(E.M.).

Também foram encontradas RS sobre Idoso como “Visão negativa de ser velho”, traduzida por expressões como “A velhice não é boa, eu não posso concordar que ser velho é ser melhor que novo” (L. P.); “Carro novo é melhor do que o carro velho” (L. P.) e “Eu queria ter a experiência que eu tenho, o conhecimento que eu tenho, sendo jovem.” (L. P.).

Estes relatos demonstram a relevância que o declínio da capacidade física e intelectual tem sobre a percepção deste idoso sobre ele mesmo e se, em excesso, estimula uma RS sobre o idoso negativa, como proposto nos trabalhos de Martins et al.(2009).

Em relação as RS sobre Envelhecimento, observamos uma alta complexidade de significados na análise dos Grupos Focais. Contudo, de maneira geral, correspondeu à concepção de ‘envelhecimento’ inicialmente adotada neste trabalho, entendido como um processo complexo que envolve os campos biológicos, psíquico, as construções sociais, características previdenciárias do país e políticas públicas específicas.

As RS sobre Envelhecimento encontradas nos grupos focais foram “Envelhecimento como algo estritamente físico”; “Envelhecimento como algo subjetivo” e subdivisões “Maneira de sentir” e “Relativo ao espírito (em sentido religioso e não religioso)”; “Envelhecer como gerador de experiência de vida”; “Como algo natural”; “Envelhecer segundo a percepção de envelhecimento que tinham quando jovens”; “Segundo a forma como lidam com o envelhecimento”.

Teve maior relevância nos Grupos Focais as RS “Envelhecimento como algo subjetivo” e todas as suas subdivisões; “Envelhecer como gerador de experiência de vida”; “Envelhecer como algo natural” e as subdivisões “Aceitação dos limites” e “percebendo-se ativos” contidas na RS “Como lidam com o envelhecimento”.

A RS “Envelhecimento como algo subjetivo” foi uma das representações de maior relevância, sendo expressa por termos como “Tá tudo no nosso íntimo”, “Cabeça é que comanda”, “Não sinto que tô com essa idade toda não”. Esta concepção de envelhecimento foi muito similar, inclusive no uso de termos específicos pelos idosos, aos estudos de Teixeira et al (2002) e Martins et al (2009).

Assim como mostra os trabalhos destes autores, as RS associadas a auto-percepção (“Envelhecimento como algo subjetivo”, “Maneira de sentir” e “Relativo ao espírito, não com conotação religiosa, mas de status de relação com vida”), representam a particularidade que existe na forma como o idoso lida e entende este processo, sendo que esta particularidade é permeada pela história de vida desses sujeitos e pela convivência em grupos sociais onde existiu ou ainda existe uma intensa relação com pessoas idosas.

Outra RS associada à experiência individual é a RS “Como percebiam o envelhecimento quando jovens”. Nesta categoria, assim como propõe o trabalho de Hein & Aragaki (2012), a forma como os idosos entendem o processo de envelhecimento está atrelada a suas experiências individuais, familiares e sociais que, no caso específico deste trabalho, flutuou entre “RS de Negação”, “Alienação desta fase da vida quando jovens”, “RS Negativas” e até mesmo “Positivas”.

Um diferencial relevante da RS “Envelhecimento como algo subjetivo” é o fato de que o entendimento subjetivo do envelhecimento também foi pautado pela ideia de **envelhecimento espiritual** (diferente de envelhecimento material/físico) na subdivisão “Relativo ao Espírito com conotação religiosa”. Esta RS foi exemplificada através das expressões “o espírito pode evoluir” ou “Ela é nova, fisicamente falando, mas quantas encarnações ela já teve? Entendeu?” que, embora não tenha sido tema específico dos trabalhos de Teixeira et al. (2002), e superficialmente pontuado no trabalho de Martins et al. (2009), representam uma possibilidade da influência da vivência religiosa Espírita na construção de uma RS sobre Envelhecimento, como algo que acontece somente no corpo físico, e não no Espírito.

De acordo com esta concepção, o sujeito é entendido como Espírito imortal, aquele que não envelheceria no sentido do declínio natural das funções cognitivas, funcionais e sociais, mas que adquiriria determinado patrimônio intelecto-moral, resultando em um status maior ou menor de evolução se comparado aos primeiros anos da atual experiência encarnatória, assim como de experiências de encarnações anteriores, aos moldes do que propõem os textos de Mauro (2005), Franco (2005), Xavier (2004), Franco (2001), Valente & Ramazzini (1994), Kardec (1986), Kardec (1974).

Esta concepção de evolução do Espírito também esteve presente na RS “Envelhecer como gerador de experiência de vida”, porém de maneira menos acentuada e caracterizada por falas como “oportunidade de aprender”. Nesta RS houve a predominância do sentido “*lato*” de amadurecimento em relação a perspectiva estrita de amadurecimento espiritual com ênfase reencarnatória, similar aos achados do trabalho de Martins, Camargo e Biasus (2009), demonstrando que a RS “Envelhecer como gerador de experiência de vida” também é relevante em contextos *não* religiosos.

Dessa forma, supomos que Envelhecer seria representado por sujeitos sábios e experientes, sendo que os idosos Espíritas compartilham desta representação, mas também lhe atribuem ou a complementam com um significado diferente, oriundo da idéia de Espírito.

Interessante notar que as RS concebidas segundo a idéia de Espírito são ratificadas por outras duas RS “Envelhecimento como algo estritamente físico” e a de “Corpo físico”, embora aparentem ser contraditórias. Estas RS tendem a delinear uma diferenciação entre envelhecimento físico, com características inferiores relacionadas à decrepitude ou declínio dos aspectos físico-psíquicos, e envelhecimento espiritual, no sentido de experiência, sabedoria, onde os Espíritas assumem uma concepção de Evolução intelecto-moral.

Em contraponto a estas RS de Envelhecimento, tendencialmente positivas, citamos a subdivisão “Negativamente” da RS “Como lidam com o envelhecimento” expresso por termos como “preocupação em envelhecer”, “tem pavor da velhice... revolta muito”. Esta subdivisão reflete, em parte, a divergência, físico \times espiritual, de concepções sobre o envelhecimento, deixando claro como a dimensão física também é relevante para estes idosos e ainda, como o seu natural (ou não) declínio, é fonte de sofrimento para eles.

Observa-se que a RS “Envelhecimento como algo natural” e a subdivisão “Aceitação dos limites” da RS “Como lidam com o envelhecimento”, guardam similaridade por configurarem o sentido de aceitação do processo de envelhecimento no qual aceitar as modificações que acontecem nesta fase da vida, dentre elas de aspectos estéticos, implicaria em entender o envelhecimento como algo natural.

Esta característica é coerente com os trabalhos de Veloz et al. (1999), Monteiro (2004) e Guerra & Caldas (2010) ao citarem, por exemplo, que a **não aceitação** do envelhecimento tem como base a aversão por aspectos físicos depreciativos que fogem aos moldes estéticos de beleza e de juventude, características estas tratadas de maneira diferente pelos idosos Espíritas, uma vez que, a partir do exercício da aceitação destes traços, parece haver uma diretriz para um envelhecimento menos conflituoso, expresso por falas como “Você tem que assumir. É ter o cabelo branco. Assumir as rugas, não é?!” (H.A.C).

Parece-nos que a religião pode ter sido um elemento facilitador para este processo de aceitação, conforme ilustram os trechos “Reconhecer as limitações e ter educação, tem que ter fé” (E.A.A.) e “Religião da uma força muito grande.” (para lidar com o envelhecimento)

(H.A.C.), tal como apresentado nos trabalhos de Cardoso & Ferreira (2009), Araújo et al (2008) e Valente et al. (2004). Embora o processo de ‘aceitação’ exista e seja relevante no contexto dos idosos Espíritas, observa-se uma sutil contradição com a produção da subdivisão “Percebendo-se ativos” da RS “Como lidam com o envelhecimento”.

De maneira superficial, a RS “Percebendo-se ativos” está de acordo com os trabalhos de Hein & Aragaki (2012), Teixeira et al. (2002), Fonseca et al. (2010) no sentido de pontuarem que a autonomia e atividade são pontos relevantes nas concepções de envelhecimento positivo/saudável. Entretanto, considerando o panorama de RS produzidas pelos próprios idosos é possível observar a coexistência de concepções contraditórias, quais sejam: a aceitação de modificações oriundas do declínio das capacidades físicas e mentais, em divergência à necessidade de mostrar a si e ao grupo como alguém que goza de autonomia e produtividade.

Decorre daí, então, uma reflexão importante sobre as causas do idoso que apresenta a necessidade de se sentir ativo, mesmo ao perceber o envelhecimento como algo natural e aceitando possíveis limitações – seria oportuno supor que, se o idoso aceita este declínio, também tenderia a ter menos necessidade de se sentir ativo/produtivo.

Sobre esse assunto, Minayo & Coimbra Jr. (2011) pontuam a necessidade da desnaturalização, do declínio como sinônimo de decrepitude e inutilidade, ou seja, parece-nos que entender/aceitar declínios naturais não implica, necessariamente, em improdutividade e inatividade, ou como propõe Guerra & Caldas (2010), mesmo que a capacidade laboral/produzida se modifique, não significa que o idoso torna-se improdutivo, embora tarefas que exigem maior vigor físico possam ser prejudicadas.

Outra questão que poderia responder a contradição aceitação/produtividade é a cultura de valor do sujeito segundo o trabalho, função ou atividade (também trabalhada nas RS sobre Saúde). Essa cultura exerce uma forte influência sobre os idosos, podendo superar o próprio sentimento de limitação por causas naturais (naturais ou não), por exemplo, no trecho “o trabalho absorve a gente tanto, aqui dentro da doutrina, que a gente esquece que tá ficando velho. É claro que nós temos as nossas limitações, já tá difícil subir essas escadas, mas a gente sobe...” (J.L.).

Importante lembrar que, da mesma forma que as RS sobre Saúde relacionadas a produtividade e atividade, a RS “Percebendo-se ativos” pode estar fundamentada pela própria concepção da necessidade do trabalho, opondo-se a ideia de “inutilidade”, compreendendo o trabalho como motor do progresso moral e intelectual do homem, propostos pela Doutrina Espírita Kardec (1974).

Sobre a realização de trabalho, ressalta-se que as atividades voluntárias e suas implicações nas RS citadas, representaram um maior senso de pertencimento, acolhimento e convivência grupal, superando a percepção de limitação, fazendo o idoso sentir-se parte de algo relevante, produtivo, necessário, dentro de sua estrutura social, tal como propõe os trabalhos de Costa & Ciosak (2010), Melo et al (2009), Camacho & Coelho (2010), Horta et al. (2010), Guerra & Caldas (2010), Martins et al. (2009) e Batista et al. (2008).

A questão de ser “produtivo”, “ativo”, também exemplificado nas falas “Mas de manhã eu acabo cuidando da casa, deixo tudo em ordem, depois parto” e “A gente tem que saber envelhecer. Eu tô com 87. Mas eu procuro fazer crochê, tricô, eu pinto, eu trabalho na minha casa, eu cozinho também” revelam um lugar específico da figura feminina no perfil dessas atividades realizadas, fato relevante, tendo em vista a maioria de participantes mulheres na pesquisa bem como o processo de feminização do envelhecimento brasileiro.

Sobre estas características de gênero vale ressaltar esta fala que, embora seja oriunda de uma entrevista individual, retrata bem o sentido geral da amostra sobre a questão ora citada:

(...) o que é bom é ser... é eu ser avó sabe? É olhar os netos e saber que eu aprendi com meus filhos, sabe? Criando os filhos eu aprendi hoje como avó eu sei que sou uma pessoa melhor do que eu fui quando era mãe em termos de valores, de virtudes... eu sou mais paciente, eu sei ouvir mais, eu sei compreender mais... Então eu acho que a velhice nos propicia isso (A.A.L.).

Neste trecho, além da questão maternal que envolve o gênero feminino, percebe-se uma concepção de envelhecimento bem sucedido pela possibilidade do convívio intergeracional, demonstrada pela grande parcela de idosos que moram com parentes, notadamente filhos e netos, ou que relatam ter forte contado com eles, corroborando com os trabalhos de Camacho & Coelho (2010), Horta et al. (2010), Costa & Ciosak (2009) e Melo et al. (2009).

Concluindo as RS sobre Envelhecimento nos Grupo Focais, observam-se duas subdivisões “Certeza da vida após a morte” e “Detendo-se na ideia do presente”, ambas referentes a RS “Como lidam com o envelhecimento” apresentando outro encontro antagônico, conforme ilustram os seguintes trechos: “O dia que eu partir, eu vou continuar, não acabou ali” (L.P.) e “Não pensar no amanhã né, pensar no agora né” (E.A.A). Portanto, seria então oportuno questionar: se o idoso crê na continuidade da vida após a morte, porque se ater ao presente é tão necessário?

Embora a crença na vida após a morte seja pontuada nos trabalhos de Greenfield et al. (2009), Cardoso & Ferreira (2009), Araújo et al (2008) e Valente & Ramazzini (1994), como algo positivo na inserção do idoso na religião, supomos que haja uma flutuação na forma como eles lidam com a possibilidade do fim da vida física.

Esta flutuação, ora tende a refletir-se em negação, medo do enfretamento desta realidade, oriunda da vulnerabilidade diante da morte, resultando no “Não pensar no amanhã né, pensar no agora né”, ora tende a vivenciar intrinsecamente, com maior naturalidade, o significado de morte como possibilidade de continuar a existência, mesmo que em plano espiritual, ou seja, alicerçada nos preceitos religiosos da Vida após a morte, concepção esta coerente com a interpretação psicológica da filiação religiosa proposta em Chaves & Nani (2008), Xavier (2006) e Monteiro, (2004) ou da *ancoragem e objetivação* do não familiar numa concepção sociológica, conforme propõe Moscovici (2010).

Em relação às *Entrevistas* individuais, observamos RS sobre Idoso e Envelhecimento similares às encontradas nos *Grupos Focais*, entretanto, fica mais evidente, nas entrevistas, como a religiosidade teve influência nas RS sobre Envelhecimento, assim como aconteceu nas RS sobre Saúde observada entre os entrevistados.

A RS sobre Envelhecimento mais relevante identificada nas entrevistas foi “Algo relacionado somente ao corpo físico e/ou tido como processo natural”, representação esta compatível com a RS de “Envelhecimento como algo subjetivo” e “Relativo ao Espírito”, predominantes entre os *Grupos Focais*. Contudo, nas *entrevistas* essa RS apresentou maior complexidade de elementos ligados a divergência corpo físico e Espírito em relação aos *grupos focais*.

Nas *entrevistas*, a crença em ser um Espírito imortal foi frequentemente citada, refletindo a ideia de envelhecimento como natural do corpo físico e, portanto, restrito ao domínio biológico, uma vez que o Espírito não sofreria os declínios observados na dimensão material, superando inclusive a própria morte, o que implicaria em uma percepção de envelhecer menos sofrível e angustiante.

Essa concepção de que a crença na vida após a morte pode ser algo positivo na inserção do idoso na religião, é pontuada, como já descrito anteriormente, nos trabalhos de Greenfield et al (2009), Cardoso & Ferreira (2009), Araújo et al (2008) e Valente & Ramazzini (1994).

Como consequência desta característica, estes idosos demonstraram não se ater ao declínio do corpo físico, ao menos excessivamente, pois também pontuam esporadicamente, descontentamento com as limitações corpóreas, mesmo aprendendo a lidar com elas de forma harmoniosa, como mostra o trecho:

Hoje eu já não consigo fazer muitas coisas, já não consigo correr grandes distâncias, não consigo pegar certos pesos, não consigo ter a elasticidade que eu tinha aos 18 anos. Mas é compreensível! A máquina envelheceu, o corpo envelheceu. Então aceito isso com naturalidade. E você vai aprendendo, até mesmo na velhice você tem muito a aprender com o todo, com o jovem, com pessoas da terceira-idade, como eu, com a própria natureza, a natureza te ensina muito. Então, pra mim é tranquilo, é um fator natural. Aceito com muita naturalidade (J.V.).

Apontando nessa mesma direção, vários outros trechos podem ser observados nas transcrições das entrevistas, remetendo-nos àquela aparente contradição citada anteriormente sobre aceitar as limitações inerentes ao envelhecimento, porém necessitar ser ativo, inclusive pela presença da RS de Envelhecimento como “Capacidade de ser ativo/produtivo”, similar a RS “Percebendo-se ativos” identificada nos *grupos*, diferenciando-se apenas por uma menor relevância em relação ao observado nos *Grupos Focais*.

Refletindo sobre a ideia da necessidade de desnaturalizar a decrepitude e inutilidade da velhice proposta por Minayo & Coimbra Jr. (2011), observamos que em alguns casos esta necessidade de ser produtivo está associada às potencialidades do idoso, independentemente de suas limitações, por exemplo:

velho é uma coisa que desgasta e você descarta, sei lá, e a gente não é isso, nós somos produtivos. Mesmo, sentado numa cadeira de balanço, ou as vezes até com limitações de andar, de qualquer coisa, eu posso transmitir muita coisa, eu ainda posso ensinar muita coisa, eu sou um conjunto de experiências e de vivências com

bons resultados, eu posso tá transmitindo isso e ai não é descartável. Enquanto Deus me der força, bons pensamentos, tiver... eu posso ser útil sem ser velho (M.G.N.)

De maneira geral, *Grupos Focais e Entrevistas* apresentaram semelhanças quanto às representações expressas, sendo predominante entre os idosos Espíritas as RS sobre Envelhecimento que estavam associadas a algo subjetivo, a capacidade de ser ativo/produtivo segundo suas limitações e como algo relativo à dimensão material/física e não do Espírito - este, por sua vez, não envelhece.

Ao menos em parte, a vivência religiosa parece ter uma influência positiva na forma como o idoso Espírita entende e lida com seu processo de envelhecimento, ou ainda, o espaço religioso e os próprios serviços religiosos representaram um lócus interessante na convivência e atividade entre os sujeitos da pesquisa.

As RS, embora diversificadas em termos e em relevância, são coerentes com a concepção de envelhecimento adotada neste trabalho, pois além de concebê-lo como um processo complexo e multidimensional, também estiveram associadas aos sistemas de crenças socialmente compartilhados, no caso pela religião, e ainda pelas experiências particulares durante a vida de cada sujeito.

3.2.3. Religiosidade Espírita, Saúde e Envelhecimento: diálogos estabelecidos

Embora não seja proposta do presente trabalho identificar, descrever e analisar Representações Sociais sobre o Espiritismo de forma específica, cabe aqui apontar alguns elementos referentes aos seus principais conteúdos e significados – bem como suas respectivas influências no campo da saúde e do envelhecimento – tendo em vista que estes são aspectos intrinsecamente relacionados, portanto, de grande relevância para o desenvolvimento do estudo ora apresentado.

Os materiais dos grupos e das entrevistas que continham *o significado* de ser Espírita para o idoso foram organizados em categorias empíricas, expostas nos *Apêndices 14 a 18*, objetivando identificar, analisar e discutir este significado e, a partir desta perspectiva, estabelecer possíveis diálogos com os temas saúde e envelhecimento.

De acordo com os pressupostos básicos desta dissertação, a religião pode ser compreendida como um conjunto de elementos simbólicos que permitem compreender e explicar o mundo, as relações sociais, os fatos da natureza e da realidade da vida (Macedo, 1989). Apresenta-se imbuída de um conjunto de valores ou ideal de natureza ética e é envolvida em fortes sentimentos emotivos baseados na crença em atos/entidades sobrenaturais.

Desta forma, observamos que o significado de ser Espirita e suas conexões com a saúde e envelhecimento desenvolvidos nos grupos focais e entrevistas, se orientam de forma similar à concepção sócio-antropológica e psicológica deste trabalho, conforme veremos, a seguir.

Com base numa orientação sociológica, próxima das concepções de Durkheim e Weber, no sentido da religião segundo sua função social e seus aspectos institucionais (Filoramo & Prandi, 1999), percebe-se a relevância das categorias “Espiritismo como ‘Centro Espirita’ atrelado à ideia de produtividade (atividade) mediante trabalho voluntário”; e Religião como “Espaço de acolhimento/convívio”.

Sob o enfoque dessas categorias, pode-se supor que a função social da religião para este idoso está relacionada à sociabilidade, criação de redes de apoio e convivência, tal como demonstrada nos trechos *“A gente se abraça demais, aí quando uma pensa que está sendo beneficiada a gente tá tirando dela” (G.A.O); “A gente às vezes fica chateada vem praqui conversar. Trabalha, conversa uma coisa, fala outra. Abraça um, abraça outro.” (G.A.O) e “Ajuda nesse bem estar, grupo de amigos, porque se a gente viver isolado é muito triste” (Z.S.).*

Em relação aos fatores sociabilidade e convivência, observados através dos relatos, é possível supor que esta função social representa uma influência positiva no processo de envelhecimento e na saúde dos idosos como proposto nos trabalhos de Costa & Ciosak (2010), Camacho & Coelho (2010), Horta et al. (2010), Guerra & Caldas (2010), Melo et al (2009) - também identificada no item abordando RS sobre Envelhecimento.

Esta influência positiva pode estar atrelada ao senso de pertencimento, como propõe os trabalhos de Moxey et al. (2011), Luccheti (2010), Batista et al. (2008) e Panzini (2004) ou ainda pelo desenvolvimento de referências e de tradições que estabelece para os

frequentadores, um sentido de totalidade ou unidade que os diferencia de outros grupos, em concordância com o trabalho de Ávila (1999), conforme expressa o trecho a seguir:

Eu, eu acho também assim, por exemplo, eu estou aqui há 40 anos no Centro C, nós envelhecemos junto. Então eu acho que uma frequência de um lugar, seja a religião que for, por um período longo é, ajuda também. Porque, imagina, eu frequentei cinco anos aqui, saí, depois voltei. Quem me conheceu com 5 anos, nossa mãe! “Esse cara ficou velho”, aqui não! Nós já vamos junto, (risos) nós já vamos acostumando (gargalhou) (L.P.)

Seguindo ainda uma tradição sociológica, observam-se que relatos imbuídos de orgulho/alegria em exercer um trabalho, seja ele voluntário, como no caso dos grupos focais, ou até mesmo em posição de destaque, como no caso das entrevistas, também influenciam na percepção de um envelhecimento saudável e feliz, em consonância com os estudos de Guerra & Caldas (2010), Krause (2009), McFarlan (2009), Batista et al. (2008).

Essa proposição pode estar associada à relevância de RS associada à produtividade, autonomia e trabalho presentes nas RS sobre Envelhecimento, entendido como uma concepção positiva desta fase do desenvolvimento humano e como sinônimo de saúde nas RS sobre Saúde.

Importante ressaltar que os trabalhos de Moxey et al. (2011), Greenfield et al. (2009), Cruz et al. (2009), Krause (2009) e Daleeman et al. (2004) associaram a prática religiosa formal a melhores indicadores de saúde psíquica em idosos.

Além da questão da produtividade, autores como Rodrigues & Neri (2012), apontam que diferentes formas de apoio social oriundas da filiação religiosa podem se apresentar como recursos protetores, pois facilitam a adaptação dos idosos às perdas associadas ao envelhecimento, conforme demonstra o relato abaixo transcrito:

(...) te dá mais segurança para você envelhecer melhor e aqui na casa, na nossa casa, nós nos preocupamos muito com essa parte tanto que nós temos um grupo, o grupo da terceira idade e é esse relacionamento com as pessoas mais profissionais para conversar exatamente com essas pessoas que estão envelhecendo e elas vem e participam, isso tudo (M.G.N).

Do ponto de vista antropológico, de como o homem organiza suas experiências a partir do momento em que acredita na existência de Deus, e/ou outra(s) entidade(s), observamos nos grupos focais as seguintes categorias: “Aprendizado que detêm”; “Mudança na forma como vê a vida”; “Espiritismo como aquele que balsamiza a dor e responde as

questões existenciais” e “Auxílio do mundo espiritual”, sendo que poderíamos polarizar essas categorias entre (1) comportamentos e reflexões mediante o fato de ser Espírita e o (2) sentimento de amparo que o fato de ser Espírita proporciona.

Essa avaliação pode ser confirmada através dos seguintes relatos:

Bom, a confiança que a gente tem no Espiritismo ajuda a gente a suportar as outras coisas, ajuda a aceitar, dá força (L.P). e A gente tem certeza que em volta da gente ali existem pessoas, espiritual né, amparando a gente, dando calma a gente né. Pra gente conseguir vencer né (G.A.O).

Resultados semelhantes - e até mais marcantes - foram identificados nas entrevistas individuais nas categorias “Entendimento/significado para os fatos da vida” e “Certeza da vida após a morte/multiplicidade das existências”. No entanto, esta característica foi identificada em ambos os casos (grupos focais e principalmente entrevistas), fortemente articulada às concepções de envelhecimento tal qual ilustrado no seguinte relato:

No caso do espírita, o Espiritismo mostra pra nós que, sendo o envelhecimento uma coisa natural, orgânica e que nós temos que aproveitar o tempo, todas as fases da nossa existência já de maturidade, pra ver o que a gente pode fazer pra ajudar ao próximo. Isso ajuda na questão da saúde também, na saúde mental, do espírito, o corpo repercute aquilo que vem da mente, por isso que o espiritismo ajuda a gente nesse sentido, as outras religiões de um modo geral ajudam também, mas tem outros tipos de entendimento da coisa (J.V.).

Relatos como estes estão associados à questão de guia e direção, senso de significado para a vida, ligados a aspectos positivos da relação entre religião e envelhecimento, confirmando as indicações dos estudos de Teixeira (2011), Corrêa et al (2010), Lindolpho, Sá & Robers (2009) Greenfield et al. (2009), Monteiro (2004), Araújo et al (2008) e Salgado & Freire (2008).

As categorias observadas nos Apêndices sugerem também, uma aproximação estreita com uma perspectiva psicológica de religião, onde se percebe uma experiência interna da relação do homem com um “poder transcendental”, tendo para o sujeito importância mais fundamental, primordial e individual (Xavier, 2006; Monteiro, 2004). A mesma consideração pode ser interpretada à luz do conceito de religiosidade intrínseca, proposta por Allport & Ross (1967) citado por Koenig, McCullough & Larson (2001). Esta característica aparece de forma mais evidente nas entrevistas individuais do que nos grupos focais.

Outro demarcador de associações positivas encontradas, tanto nos grupos focais quanto nas entrevistas, seria a adoção de comportamentos positivos tais como ilustra a seguinte afirmação: “Nosso corpo físico é nosso instrumento de evolução, se nós não cuidarmos do nosso corpo, nós estamos cometendo um suicídio indireto” (J.V.).

Outro resultado positivo, apontado também nos trabalhos de Sasaki & Kim (2011), Luccheti (2010) e Panzini (2004), seria o aumento do controle secundário e/ou aumento das estratégias de enfrentamento (Coping Religioso), exemplificado da seguinte forma: *“Então a reencarnação vem acrescentar algo mais que dá confiança a gente, que dá compreensão, e essa compreensão veio auxiliar na saúde”*; ou ainda, a construção mútua de algumas idosas no grupo focal do CE “C” indicada no diálogo abaixo:

E.L.: O quê a gente aprende aqui a gente põe em prática. Ajuda! Você começa... muita coisa a gente corta, bobagem. Pra quê isso? Pra quê aquilo? Entendeu? Então eu acho que isso fortalece a gente.

L.P.: É, até no estudo. A gente faz estudo das obras de André Luiz, né E.? E quanta coisa que a gente aprende ali. Quer dizer, a gente vem a passar certas aparências...

E.L.: Que a gente tem paciência, “é assim mesmo”, “isso vai passar”, a gente não se desespera. Entendeu?

F.F.: Se conforma.

L.P.: É.

L.P.: E na hora do sofrimento, que todos nós sofremos né, a gente tem apoio.

F.F.: Tem, muito!

L.P.: Esse apoio na religião espírita, eu vou falar do espírita e não de outra religião. É, eu acho assim, a gente quando desencarna alguém da família, alguma coisa, a gente tem aquele apoio ali, aquela prece, a gente tem certeza que aquela, aquela equipe que tá reunida tá orando pela gente...

Ainda nesta direção, podemos destacar os seguintes trechos de Entrevistas:

(...) eu já tive um câncer, entendeu. Eu vejo que aquilo foi uma prova, um momento de experiência para passar, parar, refletir, repensar na minha vida e mudar. Tive inúmeras oportunidades depois que eu fiquei bem né, e eu to boa, trabalhando e eu sempre vejo naquele pedaço da minha vida que eu sempre tenho um aprendizado, que ali eu parei, refleti, me deu oportunidade de vida e eu fui buscar mais coisas para mim fazer, dentro da minhas limitações, claro (M.G.N).

Para muitos desses idosos a religião atuaria sobre seus comportamentos e estes sobre seu estado de saúde, principalmente na condição de idosos. Luccheti (2010) e Panzini (2004) propõem algo semelhante ao citar a adoção de comportamentos e estilos de vida tidos como saudáveis, por exemplo, redução ou mesmo proibição do uso de álcool e/ou outras drogas e controle ou abstinência de padrões sexuais de risco. A questão da mudança de comportamento pela vivência religiosa pode ser exemplificada por este relato:

(...) eu através do espiritismo eu aceitei, entendi a importância de você buscar afastar de vícios, eu era uma pessoa que ingeria bebida alcoólica, mas a partir dos ensinamentos do espiritismo, eu vi que você procurar se afastar dos vícios. Eu tenho certeza que isso daí é algo que me propiciou uma saúde melhor, passei a não ver muito sentido em algumas coisa que antigamente pra mim eram importante, passei a me recolher um pouco mais, já não vejo tanta importância em ficar ate altas horas, fazendo determinadas coisas, porque isso não me completa mais, então isso é importante pra minha vida. Horários mais disciplinados pra fazer minhas tarefas, não me envolvo em noitadas, tudo isso é benéfico para minha saúde. (W. A.)

A saúde também foi associada ao Espiritismo pela possibilidade dos idosos usarem recursos terapêuticos próprios da religião, tal como ilustra o seguinte trecho:

(...) além disso, eu tenho os recursos espíritas, como a fluidoterapia, tratamentos alternativos, dentro da própria casa espírita, que nos dá esse equilíbrio né, do nosso psiquismo, restaura as forças físicas e também espirituais, e ajudam muito nesse processo de equilíbrio físico, e eu equilibrando minha mente, meu espirito estando bem, serenamente tranquilo, eu vou me levantar melhor, dormir melhor, eu oro a noite, eu nunca tive insônia, nunca tomei remédio pra dormir, tudo por causa do espiritismo, por ser espírita... (L.D.R.)

O uso da terapêutica Espírita é, pois, coerente com a ideia de o idoso entender-se como “Espírito”, ideia esta que permeia tanto a concepção de saúde quanto de envelhecimento - coerentemente com o próprio paradigma de médico-espírita proposta por Nobre (2004).

Observado o farto panorama de RS bem como a complexidade da relação entre a religiosidade Espírita e os idosos desenvolveremos, a seguir, as *Considerações Finais* do presente estudo, buscando destacar seus principais resultados e suas respectivas análises.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme demonstrado no decorrer deste estudo, a proposta de diálogo entre Saúde, Envelhecimento e Religião é bastante complexa e de difícil execução, porém de grande utilidade social e acadêmica, além de próspera e frutífera quando fundamenta em perspectivas teórico-metodológicas adequadas.

A guisa de *Considerações Finais* apontaremos as principais considerações a respeito do material descrito e analisado, buscando indicar suas potencialidades e limitações, bem como suas implicações teórico-práticas no âmbito da saúde do idoso.

De maneira geral, foi possível observar que a vivência religiosa – no caso, a Espírita -, influencia na construção das Representações Sociais (RS) sobre saúde do idoso. Contudo, é importante salientar que, no caso específico do presente estudo, os fatores abaixo relacionados podem ter contribuído para o registro desta constatação:

(1) o fato dos entrevistados exercerem funções hierarquicamente superiores, por exemplo, pode ter favorecido um maior sentimento de pertencimento religioso - se comparado aos idosos do grupo focal -, fazendo com que as falas entre os entrevistados refletissem melhor esta influência;

(2) a fundamentação desta influência pode estar alicerçada no fato deste idoso entender-se como *Espírito encarnado*, considerado fonte de seu status de saúde e/ou doença e da forma como interpreta seu envelhecimento; (3) a vivência religiosa Espírita tem maior interferência quando relacionada ao tema *Envelhecimento* do que em relação à Saúde.

As RS sobre Saúde observadas entre os idosos Espíritas mostraram-se diversificadas. Apesar disso, observou-se uma certa predominância de RS sobre Saúde enquanto produtividade, indicando que a inserção em determinada religião não necessariamente exclui a construção de RS sobre Saúde pautada numa dimensão macro – social. Desta forma, percebe-se que as concepções/intervenções na área da saúde do idoso podem estar alicerçadas em ambos os contextos (religioso e não religioso), sendo que o não religioso considera tanto os conhecimentos científicos quanto os não científicos.

As RS de Idoso foram caracterizadas pela demarcação social e institucional e/ou permeada pela própria história de vida do idoso. Neste sentido, a religiosidade pouco influenciou para demarcar, conceituar, “imagnetizar” este sujeito, obviamente diferente das RS sobre Envelhecimento, amplamente influenciadas pela religiosidade, cujo mecanismo foi estabelecido pela aceitação dos declínios naturais, continuidade da vida após a morte e acúmulo de experiência e sabedoria durante esta e em outras vidas.

Em relação ao tema envelhecimento, especificamente, um programa de intervenções baseado no conjunto de crenças descrito pelas RS, poderia ampliar e tornar produtiva uma série de propostas de trabalho no contexto do idoso. Em um dos centros espíritas pesquisados, existem núcleos de atividade voltados especificamente para a inclusão deste segmento.

De acordo com os dados analisados supõe-se que um programa de intervenção no campo da saúde do idoso em contexto espiritista poderia propiciar um ‘bom’ envelhecimento, ao favorecer sociabilidade e convivência, permitindo a este idoso senso de pertencimento, apoio social, aumento do controle secundário e orgulho/alegria pela realização de um trabalho voluntário. Em relação à saúde, atuaria estimulando comportamentos favoráveis e/ou ofertando recursos terapêuticos próprios, justificáveis pela concepção de “ser Espírito”, cerne do status de saúde.

Vale aqui registrar que em decorrência da diferença observada na qualidade de resposta entre as *entrevistas* (algumas mais articuladas), quando comparado aos *grupos focais* (respostas mais estanques e pouco complexificadas), talvez seja adequado indicar uma possível limitação da técnica dos *grupos focais* quando utilizada em estudos relacionados à identificação de RS.

Outro elemento importante – que deve ser considerado não apenas para próximos trabalhos teóricos, mas também em eventuais propostas de intervenção -, é a diferença de envolvimento institucional dos informantes, uma vez que a ocupação de cargos hierarquicamente superiores pode acompanhar maior sentimento de pertença religiosa – aspecto que pode ter exercido algum tipo de influencia nos resultados deste estudo. Além disso, é importante também registrar que as informações sobre o nível de escolaridade, o conhecimento específico dos pressupostos religiosos, bem como a presença (ou não) de

patologias pré-existentes - um dado que infelizmente não foi considerado nesta pesquisa – devem ser considerados com atenção em estudos dessa natureza.

Por fim, vale ressaltar que a constatação de que a vivência religiosa Espírita exerce influencia na construção das RS dos Idosos - principalmente sobre envelhecimento - está fundamentada nos resultados circunscritos ao contexto religioso Espírita de três CE's de Juiz de Fora e, especificamente, aos idosos que participaram desta pesquisa, portanto, este trabalho apenas sinaliza a possibilidade desta articulação. Ainda assim, não podemos desconsiderar que esta sinalização também descortina uma série de possibilidades em relação à sensibilização do profissional de saúde sobre a relevância da crença religiosa na saúde destes idosos, favorecendo o debate sobre as diferentes possibilidades de articulação religião/saúde do idoso.

É importante lembrar que, conforme observado na história deste país - e, mais recentemente, nos contextos comunitários, inclusive de vulnerabilidade social - a aproximação dos profissionais de saúde às comunidades religiosas pode ser bastante produtiva no campo das ações comunitárias em saúde (Andrade, 2012; Vasconcelos, 2011), mesmo que inicialmente estejam ligadas apenas à utilização do espaço físico religioso (igreja, templo e outros). Nesse sentido, a relevância de estudos que propiciem o aprofundamento da reflexão/avaliação sobre como as comunidades religiosas participam do itinerário terapêutico, das ações sociais, da promoção de saúde e cidadania nos referidos contextos, torna-se indubitável.

Consideramos, portanto, que embora os resultados deste trabalho apresente-se de forma parcial e limitada, ainda assim nos permite sinalizar a importância do profissional de saúde estar ciente da necessária adequação de sua experiência a contextos religiosos, levando em consideração as possibilidades reais de utilizar-se dos significados religiosos em sua intervenção, assim como seus limites e aspectos negativos.

Assim sendo, espera-se que, através da realização do presente trabalho, possamos contribuir para a ampliação, divulgação e discussão de estudos que favoreçam um amplo e franco debate sobre esse importante tema tanto no âmbito acadêmico quanto no campo de intervenção profissional – preferencialmente de natureza interdisciplinar.

BIBLIOGRAFIA

- ALBUQUERQUE J. A. G.** (1986). *Instituição e Poder: A análise concreta das relações de poder nas instituições*. Graal. 2 edição.
- ALBUQUERQUE T. P.** (2009). *A Representação Social de perfeição na memória das personalidades do Espiritismo*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- ALEXANDRE M.** (2004). Representação Social: uma genealogia do conceito. *Comum*, 10(23), 122-138.
- ALMEIDA, A. M. e LOTUFO NETO, F.** (2004). A mediunidade vista por alguns pioneiros da área mental. *Rev. Psiq. Clin.* 31 (3); 132-141.
- ALVES, R.** (2002). *O que é religião?* São Paulo. Loyola. 4 edição.
- ALVES R.R.N., ALVES H. da N.; BARBOZA R. R. D & SOUTO W. de M. S.** (2010). The influence of religiosity on health. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(4); 2105-2111.
- ANDRADE, L.O.M.; BUENO, I.C. de H. C, BEZERRA R.C. & SILVA R. M.** (2012). Atenção primária a saúde e Estratégia de saúde da família. Em Campos G. W. de S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. p. 845-902. São Paulo: Hucitec. 2 edição.
- ARAÚJO A. A.; BRITO A. M. & NOVAES M.** (2008). Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? *Revista Bioética*. 16 (1); 117 – 24.
- ÁVILA L. A.** (1999). *O Grupo como Método*.
- BAPTISTA A. S. D., NEVES S. T. V., & BAPTISTA M. N.** (2008). Correlação entre suporte familiar, saúde mental e crenças irracionais em idosos religiosos. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor*, 9(2); 155-164.
- BATISTA P. S. de S.** (2010). A valorização da espiritualidade nas práticas de educação popular em saúde desenvolvidas na atenção básica. *RECHS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*,4(3); 49-55.
- BECKER, S. G., ROSA L. M., MANFRINI G. C., BACKES M. T. S., MEIRELLES B. H. S. & SANTOS S. M. A.** (2009). Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia:entrevista com Esther Jean Langdon. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2);323-326.
- BERTOLOZZI M. R. & GRECO R. M.** (1996). As políticas de saúde no brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais *Revista Escola de Enfermagem USP*, 30(3),380-98.

- CAMACHO, A. C., & COELHO, M.** (2010). Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2); 279-284.
- CARDOSO, M. C., & FERREIRA, M.** (2009). Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. *Psicologia ciência e profissão*, 29(2); 380-393.
- CHAVES C. W. & NANI R. H. G.** (2008). Considerações a respeito da concepção de religião nos textos freudianos “O futuro de uma ilusão” e “O mal-estar na cultura”. *Revista Mal-estar e subjetividade*. Viii(2), p. 453-473.
- CORRÊA, A. A., MOREIRA-ALMEIDA, A., MENEZES, P. R., VALLADA, H., & SCAZUFCA, M.** (2010). Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in lowincome older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Revista Brasileira de Psiquiatria*.
- COSTA F. G.** (2006). *A tomada de consciência e o grupo focal na transformação das Representações Sociais do envelhecimento: uma pesquisa de intervenção*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia.
- COSTA, M. F., & CIOSAK, S. I.** (2009). Atenção integral na saúde do idoso no Programa de Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 44(2); 437-444.
- CONASS** (2003). *Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.- Brasília : DF.
- CPS; UFJF** (2012). *Centro de Pesquisa Social da Universidade Federal de Juiz de Fora*. Diagnóstico Socioeconômico da População Idosa de Juiz de Fora: Relatório executivo. Juiz de Fora – Minas Gerais.
- CRUZ, SCHULZ, PINCUS, HOUCK, BENSASI & REYNOLDS** (2009) The Association of Public and Private Religious Involvement with Severity of Depression and Hopelessness in Older Adults Treated For Major Depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 17(6); 503–507
- DAALEMAN T. P; SUBASHAN P; STUDENSKI S.A.R** (2004). Religion, Spirituality, and Health Status in Geriatric Outpatients. *Annals of family medicine*, 2 (1).
- DRUCKER C.** (2005). *Religiosidade, Crenças e Atitudes em Idosos Deprimidos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas. Campinas. SP.
- EZEQUIEL M.C.D.G; SONZOGNO M. C.** (2006). O idoso e a velhice sob a ótica de estudantes de Medicina: um estudo de representações sociais. *Psic. da Ed*, 23: 123-153.
- FARAH M. F. S.** (2004). Gênero e políticas públicas. *Estudos Feministas*, 12(1): 360.
- FARR R. M.** (2012). Representações Sociais: a teoria e sua história. Em: Guaresch P. Jovchelovitch (orgs). (2012). *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis. Vozes.

- FILORAMO G & PRANDI C.** (1999). *As Ciências das Religiões*. São Paulo, Paulus.
- FIOCRUZ** (2012). Fundação Oswaldo Cruz. *Reforma Sanitária*. Acesso em 20/03/2012, disponível em <http://bvсарouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>.
- FLORIANO P. de J. DALGALARRONDO P.** (2007). Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3);162-170.
- FONSECA M G. U. P.; FIRMO J. O. A.; FILHO A. I. L. & UCHÔA E.** (2010). Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Rev Saúde Pública* ,44 (1),159-65.
- FRANCO Divaldo P.** (2001). *Idoso na Família*. Em: Carvalho, A. C. P. (2001) *Laços de Família*. São Paulo. USE. 7ª Edição.
- FRANCO D. P.** (2005). *Temas da Vida e da Morte*. Rio de Janeiro, FEB.
- FREIRE P.** (2011). *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo, Paz e Terra.
- GODOY, A. S.** (2005). Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. *Revista eletrônica de gestão organizacional*. 3(2).
- GONÇALVES, M. C. da S.** (2004). O uso da metodologia qualitativa na construção do conhecimento científico. *Ciências & Cognição*. 10, 199-203.
- GOMES A. M. de A.** (2004). As representações sociais e o Estudo do fenômeno do campo Religioso. *Ciências da religião: história e sociedade*. 2(2), 37-60.
- GREENFIELD E. A; VAILLANT G.E & MARKS N. F.** (2009). Do Formal Religious Participation and Spiritual Perceptions Have Independent Linkages with Diverse Dimensions of Psychological Well-Being? *Journal Health Society Behavioral*, 50(2), 196–212.
- GUARESCHI P & JOVCHELOVITCH S.** (2012). *Textos em Representações Sociais*. Vozes, Rio de Janeiro.
- GUERRA, A. C., & CALDAS, C. P.** (2010). Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(6); 2931-2940.
- GUIMARÃES H. P & AVEZUM A.** (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Rev. Psiq. Clín.* 34(1), 88-94.
- HECK R. M. & LANGDON E. J. M.** (2011). Envelhecimento, Relações de Gênero e o papel das mulheres na organização da vida em comunidade rural. Em *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. (2011). Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2ª reimpressão da 1ª edição.

- HEIN M. A. & ARAGAKI S. S.** (2012). Saúde e envelhecimento: um estudo de dissertações de mestrado brasileiras (2000-2009). *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2141-2150.
- HORTA, A. L., FERREIRA, D. d., & ZHAO, L. M.** (2010). Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(4); 523-528.
- HOROCHOVSKI M. T. H.** (2004). Representações Sociais: Delineamentos de uma Categoria Analítica. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 2(2), 92-106.
- HUBER M., KNOTT J A., GREEN L., HORSTHEAD H. von, JADAD A. R., KROMHOUT D., LEONARD B., LORIG K., LOUREIRO M. I., MEER J. W. M., SCHNABEL P., SMITH R., WEELHEAD C. & SMIDD H.**(2011). How should we define health? *BMJ* ;343.
- IBGE** (2012). Censo Demográfico 2010. Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados>, acesso junho de 2012.
- KARDEC Allan** (1974). *O Livro dos espíritos: Princípios da Doutrina Espírita*. 33a edição. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira.
- KARDEC Allan** (2006). *A Gênese*. Os milagres e as predições segundo o Espiritismo
- KARDEC Allan** (n.d.). *Revista Espírita: Jornal de Estudos Psicológico*. Quarto volume - ano de 1861/ Mês de Junho. FEB. Disponível em <http://www.febnet.org.br/ba/file/Downlivros/revistaespirita/Revista1861.pdf>
- KOENIG, H. G., MCCULLOUGH, M. E., & LARSON, D. B.** (2001). Historical Context: Definitions. Em: Koenig, H. G., Mccullough, M. E., & Larson, D. B. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
- KRAUSE, N.** (2009). Comparing the effects of volunteering and providing informal support in church on health in late life. *Journal Aging Health*. 21(1), 63–84.
- LANGDON E. J.** (2009). Comentários sobre “Doença versus Enfermidade na Clínica Geral”, de Cecil G. Helman. *Campos*, 10(1); 113-117.
- LANGDON E. J. WIJK F. B.** (2010). Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*,18(3).
- LEWGOY B.** (2008). A transnacionalização do Espiritismo Kardecista brasileiro: uma discussão inicial. *Religião e Sociedade*, 28(1); 84-104.
- LINDOLPHO M. da C.; SÁ S. P. C.; & ROBERS L. M. V.** (2009). Espiritualidade/religiosidade, um suporte na assistência de Enfermagem ao idoso. *Em extensão*, 8 (1),117 – 127.

- LUCCHETTI G.; GRANERO A. L. BASSI R. M; LATORRACA R & NACIF S. A.** da Ponte (2010). Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Revista Brasileira Clinica Medica*, 14(1);154-158.
- LÖWY, M.** (2007). Marxismo e religião: ópio do povo? Em: Boron, A. A; Amadeo, J; Gonzalez, S. (org.) (2007). A teoria marxista hoje. Problemas e perspectivas. Disponível em: <http://www.clacso.org.ar/biblioteca>. Acesso 02/2012.
- MACEDO C. C.** (1989). *Imagens do eterno: religiões no Brasil*. São Paulo. Moderna.
- MARTINS C. R. M; CAMARGO B. V. & BIASUS F.** (2009). Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. *Univ. Psychol*, 8 (3);831-847.
- MAURO J. C. M.** (2005). O idoso. *O Reformador*, 123 (2.120); 400-440.
- MCFARLAND, M.J.** (2009). Religion and mental health among older adults: do the effects of religious involvement vary by gender? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65B(5);621–630.
- MELO, M. C., SOUZA A. L.; LEANDRO E. L; MAURICIO H. de A. SILVA I. D; OLIVEIRA J. M. de O.** (2009). A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. *Ciência e saúde coletiva*, 14(Supl1);1579-1586.
- MINAYO M. C. de S & COIMBRA Jr. C. E. A.** (2011). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ.
- MINAYO M. C. de S.** (2012). O conceito de Representações Sociais dentro da sociologia clássica. Em: Guaresch P. Jovchelovitch (orgs). (2012). *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis. Vozes
- MINAYO M. C. de S.** (2010). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo. Hucitec.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE** (2010). *Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento*. Brasília,DF: Ministério da Saúde.
- MONTEIRO D. da M. R.** (2004). Espiritualidade e envelhecimento. Em: Py L; Pacheco J.L; Martins de Sá J. L. & Goldman S. N. (2004). *Tempo de Envelhecer: Percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro. NAU.
- MOREIRA-ALMEIDA, A., PINSKY, I., ZALESKI, M., & LARANJEIRA, R.** (2010). Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 12-15.
- MOSCOVICI, S.** (2010). *Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social*. Petrópolis, Vozes.
- MOXEY A; BOWE M. M. S. & ATTIA J.** (2011). Spirituality, religion, social support and health among older Australian adults. *Australasian Journal on Ageing*, 30 (2), 82–88.

- NEMAN F. A. & SILVA N. H.** (2011). O perfil de saúde dos indivíduos idosos residentes no município de Guarulhos. *Science in Health*; 2(2), 83-92.
- NOBRE M.** (2004). O paradigma médico-espírita. *Revista Saúde e espiritualidade*. Acesso em 15/07/2012, disponível em <http://www.calameo.com/books/000143697fbc8d0cef41e>.
- OLIVEIRA D,C; TEIXEIRA M.C.T.V; FISCHER F. M & AMARAL M.A** (2003). Estudo das representações sociais através de duas metodologias de análise de dados. *R Enferm UERJ*, 11;317-27.
- OPAS** (2011). *Organização Pan-Americana da Saúde*. Representação Brasil. Brasília, DF.
- OPAS** (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília, DF: World Health Organization.
- OMS.** (2012). Organização mundial de saúde. *Perguntas más frecuentes*. Acesso em 20/01/2012, disponível em <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>.
- PAIM J. S.** (2009). *O que é SUS?* Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- PANZINI R. G, ROCHA N. S. da; BANDEIRA D. R. & FLECK M. P. A.** (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev. Psiq. Clín.* 34(1); 105-115.
- PANZINI R. G.** (2004). *Escala de Coping religioso-espiritual (escala CRE): tradução, adaptação e validação da escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- PASSOS J. D.** (2006). *Como a Religião se Organiza*. São Paulo, Paulinas.
- PEGORARO A. C.** (2008). Espiritualidade na velhice: um desafio para o campo religioso brasileiro. Em: *Anais do II Encontro Nacional do GT história das religiões e das religiosidades*. V. 1. Maringá.
- PESSINI L.**(2010). *Espiritualidade e Arte de cuidar: o sentido da fé para a saúde*. São Paulo, Paulinas.
- PORTARIA Nº 2.528**, de 19 de outubro de 2006 (2006). Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- PRANDI C.** (1999). *As Religiões: problemas de definição e de classificação*. Em FILORAMO G & PRANDI C. (1999). *As Ciências das Religiões*. São Paulo, Paulus.
- ROCHA N. S.** (2002). *Associação entre estado de saúde, espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais e qualidade de vida*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina. Programa de pós graduação em ciências médicas:psiquiatria.

- RODRIGUES N. O. & NERI A. L.** (2012). Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2129-2139.
- SÁ, C. A., & GÓMEZ-PUERTO, J. R.** (2009). Conceito de saúde: caminhos para a construção de uma proposta transdisciplinar e participativa. *Revista Andaluza de Medicina del Esporste*, 2(1);35-38.
- SALDANHA, A. L. & CALDAS, C.P.** (2004). Saúde do Idoso: A Arte de Cuidar. Rio de Janeiro: Interciência, 2ª ed.
- SALGADO, M. I & FREIRE, G. T.** (2008). *Saúde e Espiritualidade: Uma nova visão da medicina*. Belo Horizonte, Inede.
- SAAD M. & ALMEIDA C. I.** (2008). Espiritualidade e saúde. *Einstein: Educação continuada em Saúde*. 6, (3 Pt 2), 135-136.
- SANT'ANNA R. M.; CÂMARA P. & BRAGA M G. de C.** (2003). Mobilidade na Terceira Idade: como planejar o futuro? *Textos Envelhecimento*.6 (2).
- SASAKI J.Y & KIM H. S.**(2011). At the Intersection of Culture and Religion: A Cultural Analysis of Religion's Implications for Secondary Control and Social Affiliation. *Journal of Personality and Social Psychology*. 101 (2);401-414
- SCLIAR M.** (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 17(1); 29-41.
- SPINK M. J. P.** (1993). O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. *Cad. Saúde Públ*; 9 (3); 300-308.
- SPINK M. J. P.** (2012). Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das Representações Sociais. Em: Guaresch P. Jovchelovitch (orgs). (2012). *Textos em Representações Sociais*. Petrópolis. Vozes
- STROPPA A. & ALMEIDA. A. M.** (2008). Religiosidade e Saúde. Em: Freire, G. T & Salgado, M. I. (2008). *Saúde e Espiritualidade: Uma nova visão da medicina*. Belo Horizonte, Inede.
- TEIXEIRA, M. B.** (2002). Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde, Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ.
- TEIXEIRA F.** (2011). Religião e busca de significado. Em: Vasconcelos E. M. (2011). *Espiritualidade no trabalho em Saúde*. São Paulo, Hucitec.
- TEIXEIRA M. C. T. V; SHULZE 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*, 7(2); 351-359.
- TOLEDO W.** (1983). *Passes e Curas Espirituais*. São Paulo, Pensamento.

- TOZI M. L.; SILVA L. N. S.; LIMA D. C. L; DIAS J. S.; SANTOS T .R.; GOMES A. A.; SALERMO A. G. & FRANCESCO NI E. P. M. S.** (2010). Desenvolvimento da memória nos ciclos da vida Envelhecimento. *Revista Multidisciplinar da Saúde*, 2(3).
- TURATO, E. R.** (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da Saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*. 39(3); 507-514.
- UCHÔA E.; FIRMO J. O. A. & LIMA-COSTA M. F. F.** (2011). Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. Em: Minayo M. C. de S; Coimbra Jr. C. E. A. (2011). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro. Fiocruz.
- VALENTE M. A. & RAMAZZINI E. C.** (1994). *O idoso no Centro Espírita*. São Paulo, USE.
- VALENTE N. M. L. M., BACHION M. M. & MUNARI D. B.** (2004). A religiosidade dos idosos: Significados, relevância e operacionalização na percepção dos profissionais de saúde. *Revista de Enfermagem UERJ*,12; 11-17.
- VACONCELOS E. M.** (2011). *A Espiritualidade no Trabalho em Saúde*. São Paulo, Hucitec. 2ª edição.
- VASCONCELLOS K. M.; VIANA K. M. P; SANTOS M. F. S & PEDROSA M. I.** (2007). Pensando o método de pesquisa em Representação Social. Anais do XIV Encontro Nacional da Abrapso – Resumo. ISSN 1981-4321.
- VELOZ M. C. T, SHULZE C. M. N & CAMARGO B. V.** (1999). Representações sociais do envelhecimento. *Psicol. Reflex. Crit*, 12 (2).
- XAVIER F. C.** (2004). *Cinqüenta Anos Depois*. FEB
- XAVIER, M.** (2006). O conceito de religiosidade em C. G. Jung. *PSICO*, 37 (2);183-189.

ANEXOS E APÊNDICES

Anexo 1: Parecer do Comitê de Ética



Protocolo CEP-UFJF: 2461.201.2011 **FR:** 445464 **CAAE:** 0196.0.180.000-11

Projeto de Pesquisa: E a saúde seu José? Vai como Deus quer. Saúde, religiosidade e envelhecimento: compreendendo a contribuição da religiosidade espírita para a saúde dos idosos.

Área Temática: Grupo III

Pesquisador Responsável: Raimunda Célia Torres

Data prevista para o término da pesquisa: 12/2012

Instituição Proponente: Universidade Federal de Juiz de Fora

Análise do protocolo:

Itens Avaliados		Sim	Não	P	NA	
Justificativa	O estudo proposto apresenta pertinência e valor científico	X				
	Objeto de estudo está bem delineado	X				
Objetivo(s)	Apresentam clareza e compatibilidade com a proposta	X				
Material e Métodos	Atende ao(s) objetivo(s) proposto(s)	X				
	Informa	Tipo de estudo	X			
		Procedimentos que serão utilizados	X			
		Número de participantes	X			
		Justificativa de participação em grupos vulneráveis				X
		Crítérios de inclusão e exclusão	X			
		Recrutamento	X			
		Coleta de dados	X			
		Tipo de análise	X			
		Cuidados Éticos	X			
Revisão da literatura	Atuais e sustentam o(s) objetivo(S) do estudo	X				
Resultados	Informa os possíveis impactos e benefícios	X				
Cronograma	Agenda as diversas etapas de pesquisa	X				
	Informa que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê	X				
Orçamento	Lista a relação detalhada dos custos da pesquisa	X				
	Apresenta o responsável pelo financiamento	X				
Referências	Segue uma normatização	X				
Instrumento de coleta de dados	Preserva o sujeito de constrangimento	X				
	Apresenta pertinência com o(s) objetivo(s) proposto(s).	X				
Termo de dispensa de TCLE	Solicita dispensa				X	
Termo de assentimento	Apresenta o termo em caso de participação de menores				X	
TCLE	Está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito	X				
	Apresenta justificativa e objetivos	X				
	Descreve suficientemente os procedimentos	X				
	Apresenta campo para a identificação dos sujeitos	X				
	Informa que uma das vias do TCLE deverá ser entregue ao sujeito	X				
	Assegura liberdade do sujeito recusar ou retirar o consentimento sem penalidades	X				
	Garante sigilo e anonimato	X				



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL


	Explicita	Riscos e desconfortos esperados	X			
		Ressarcimento de despesas	X			
		Indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa	X			
		Forma de contato com o pesquisador	X			
		Forma de contato com o CEP	X			
		Como será o descarte de material coletado (no caso de material biológico)				X
		O arquivamento do material coletado pelo período mínimo de 5 anos	X			
Pesquisador (es)		Apresentam titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa	X			
		Apresenta comprovante do Currículo Lattes do pesquisador principal e dos demais participantes.	X			
Documentos		Carta de Encaminhamento à Coordenação do CEP	X			
		Folha de Rosto preenchida	X			
		Projeto de pesquisa, redigido conforme Modelo de Apresentação de Projeto de Pesquisa padronizado pela Pró-Reitoria de Pesquisa (PROPEAQ)	X			
		Declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável pelo setor/serviço onde será realizada a pesquisa	X			

P= parcialmente NA=Não se aplica

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto, devendo o pesquisador ao final da pesquisa providenciar o relatório e encaminhar a este CEP.

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de Fora, 26 de outubro de 2011


Profª Drª Iêda Maria Ávila Vargas Dias
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI
DATA: 26/10 / 2011
ASS: 

Apêndice 1: Dinâmica

Dinâmica de apresentação: Nome e Qualidade

Objetivos: Aprender o nome dos participantes do grupo de forma lúdica e facilitar a integração.

Desenrolar: Grupo em círculo, sentado. O facilitador inicia dizendo alto seu nome, seguido de uma CARACTERÍSTICA MARCANTE que julga possuir. Cada participante, na sequência a

partir do facilitador, repete os nomes e qualidades ditas anteriormente, na ordem, acrescentando ao final seu próprio nome e qualidade.

Apêndice 02: Grupo Focal

1. O que é saúde? Em sua opinião o que é necessário se fazer para ter saúde? O que é para você uma pessoa saudável?

Objetivo: identificar, analisar e discutir os significados do termo ‘saúde’ para estes idosos.

Caso seja necessário: De um tempo pra cá, vocês têm notado como cresceu a quantidade de notícias, reportagens, programas de TV como o Bem-estar, Ana Maria Braga, Globo Repórter e Fantástico sobre saúde? Essas reportagens falam de como deve ser nossa alimentação, da importância de se fazer exercícios, se devemos fazer exames de prevenção, de higiene, do auto cuidado, de relaxar e etc... e etc... Mas apesar desse bombardeio de informações de como ter uma boa saúde

2. O que é velhice para vocês? A ideia de velhice que vocês têm hoje é a mesma que tinham quando jovens? Para vocês qual palavra diz melhor o que é a velhice? (“velho, idoso, jovem a mais tempo”)

Objetivo: Identificar, analisar e discutir qual significado de envelhecimento que este idoso constrói ou reconstrói ao longo de suas vivências.

Caso seja necessário: Vários termos são usados para se referir ao envelhecimento. Tem pessoas que tratam os sujeitos acima de 60 anos como a “melhor idade”. Por outro lado existem pessoas que acham esta fase da vida como a “pior idade” e vocês?

3. Qual a relação entre esse processo de envelhecimento e a religião da pessoa?

4. O que é ser Espírita? Qual o significado do Espiritismo na vida de vocês?

Objetivo: identificar, analisar e discutir o significado de ser Espírita para o idoso visando compreender o papel dessa vivência religiosa na experiência individual desse sujeito.

Caso seja necessário: A religião Espírita faz algumas considerações a respeito do que é “ser” Espírita. Alguns dizem que ainda se está aprendendo a ser..., outros de que se devem fazer uma transformação moral, outros ainda que se devam saber a fundo as obras do Kardec.

5. Vocês acham que o fato de ser Espírita tem algum tipo de influência na saúde de vocês? De que forma? Fale um pouco mais sobre isso...

6. Discutimos a possibilidade da relação entre saúde e Espiritismo até aqui, e em relação ao Envelhecimento? Será que o Espiritismo tem alguma coisa a ver com a forma como vocês entendem o envelhecimento?

Objetivo: analisar e discutir até que ponto a religião Espírita interfere na manutenção ou alteração dos paradigmas de saúde, envelhecimento e morte/vida para esta faixa etária.

7. Para concluir: Na opinião de vocês existe uma relação entre a saúde, envelhecimento e a religião Espírita? Por quê?

Objetivo: discutir como os idosos constroem a inter-relação entre saúde, religiosidade e envelhecimento.

Caso seja necessário: Como discutimos até aqui, saúde é um tema mais amplo e difícil do que imaginamos, pois envolve além do corpo físico um monte de outras questões. Debateremos sobre a possibilidade da religião Espírita interferir na nossa compreensão de saúde e na forma como vocês sentem e entende.

Apêndice 3: Dados socioeconômicos e religiosos

Data ___/___/___ C.E.: _____

1. Sexo: F M

2. Idade: 60 a 64 65 a 69 70 a 74 75 a 79 80 e mais

3. Composição Familiar:

Estado Civil: Casado Solteiro Separado Divorciado Viúvo

Filhos ? Sim Não Quantos ? _____

Mora c/quem? Só Em instituição Acompanhado Especifique: _____

4. Situação ocupacional:

Trabalha atualmente? sim Em que? _____ não

Aposentado? () sim () não Profissão anterior : _____
 Principal fonte de Renda: () trabalho () pensão () aposentadoria () outros

5. Escolaridade:

Fundamental () completo () incompleto

Médio () completo () incompleto

Superior () completo () incompleto

6. Há quanto tempo frequenta o CE:

() sempre frequentou

() menos de 5 anos

() mais de 5 e menos de 10 anos

() há mais de 10 anos

7. Exerce qual função dentro do CE: _____

8. Vinculados a qual departamento:

() DDD

() DAM

() DAPS

() DEC

() DEJ

() outros

Adaptado de Teixeira (2002)

Apêndice 04: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa:

“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SAÚDE E ENVELHECIMENTO ENTRE IDOSOS ESPÍRITAS”

Neste estudo queremos identificar, analisar e discutir se, e como, a experiência religiosa espírita participa da construção dos paradigmas de saúde e de envelhecimento em idosos que frequentam a esta religião.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é o número cada vez maior de pessoas idosas em nosso país e a procura por parte desses idosos por grupos onde podem exercer atividades sociais como os centros espíritas, entendendo que estes locais podem contribuir para a saúde dessas pessoas.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): assinatura deste termo, preenchimento de uma ficha com dados pessoais a seu respeito e uma conversa entre o grupo onde você estará fazendo parte e a pesquisadora que será gravada sob sua permissão e transcrita para um cd de computador.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar.

Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pela pesquisadora.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade assim como todos os seus dados pessoais com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Apêndice 05:

Categorias e termos constituintes	
Saúde psicossocial e espiritual	<u>Relacionada a paz:</u> Paz, paz consigo, paz interior, viver em paz, tá bem consigo mesmo, estando bem com você mesma, consciência tranquila, não ter a consciência pesada, calma, compreensão, tranquilidade, calma, fazer higiene mental.
	<u>Relacionado a alegria:</u> Alegria, Animação, viver alegre, alegre, otimismo, uma pessoa alegre, comunicativa. Felicidade, bem estar, se sentir bem, disposição, saber viver.
	<u>Saúde como "bem", "dádiva":</u> Essencial, privilégio, se tem saúde você pode tudo, nós nascemos com saúde e temos tudo pra viver com saúde.
	Saúde como resultante de comportamentos tidos como positivos:
	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Para consigo mesmo:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Psíquico: "aceitação, aceitação sem revolta isso ajuda na saúde, aceitar melhor as suas limitações e a entender melhor o que acontece com você, dosar a vida suas saídas sua, passeios, até conversar, saber perdoar, agradecer o que tem valorizar as mínimas coisas; pensar o bem; não alterar; não estressar; equilíbrio; aprender a lidar com os revezes da vida (paráfrase de "busca né... Primeiro de vida acho que ela é realmente é a saúde mesmo. Escola de vida é a saúde em si, que né fácil não")" • Físico: "não consumir álcool, fumo né, moderação, evitar coisas que fazem mal" • <u>Nas relações:</u> "Não entrando em picuinha, não guardar mágoa, fazer o bem."
	<u>Saúde como produto da relação espiritual/físico:</u>
	<ul style="list-style-type: none"> • De forma estanque espiritual: "conexão criatura e criador; espiritualização." "Quem só pensa em ma-té-ri-a.. não vai pra frente; ta aberto a alimentação." • De forma articulada: "Saúde física é saúde espiritual; A diferença física: o indivíduo tem que cuidar da saúde física e a saúde espiritual: se o indivíduo não tiver, vamos dizer assim, uma acessoria espiritual, Eu acho que mente são e corpo são. Mente são e corpo são; busca mesmo pelas essas duas áreas né matéria e espírito; Cuidando do corpo e do espírito, A saúde do corpo né... mas você precisa da saúde espiritual da mente tá em paz...quando o corpo está doente o espírito também...; que o meu corpo físico pode sofrer com que um mal passo acarreta. Porque tudo evolui, como é que a gente pode evoluir o espírito, tava pensando em um corpo, deixando o corpo adoecer, então a gente tem que procurar pelo menos cuidar do corpo né? cura, é a minha cura... crescimento espiritual, Porque você dorme mais tranquila, você passa melhor. Que se você não aceita, você não alimenta, você só se desesperar, você perde noites e noites de sono e aquilo só vai te fazer mal. • Causa reencarnatoria: Ajuda, ajuda na saúde, porque a gente compreende que tem lá o projeto de saúde ai eu volto pra trás, nas vidas passadas. Porque nós vamos colher, nós plantamos ontem, vamos combinar, nós vamos colher hoje o que plantamos ontem.
	<u>Ideias de saúde referendadas:</u>
	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Personalismo:</u> "É, saúde..naquele livro Roteiro (?) do <u>Emanuel</u>; programa do <u>Falconi</u> saúde a gente não encontra na farmácia encontra na mercearia, <u>Falconi</u>, um pesquisador americano." Como disse Chico Xavier. • Científicas: "produzida através de pesquisa, hipoglicemia, faz o nosso sistema imunológico mudar, tem um hormônio chama endorfina, que ele derrama nas células quando a gente tá alegre, faço 40 anos que formei em enfermagem."

Apêndice 06:

Saúde relacionada ao biológico, autonomia e funcionalidade	<p style="text-align: center;">Categorias e termos constantes</p>
	<p>Saúde como sinônimo de autonomia e/ou produtividade:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> · Autonomia/produtividade em relação a próprias necessidades: podendo me virar, mas de manhã eu acabo cuidando da casa, deixo tudo em ordem, depois parto, não tem tempo de ficar sentada, ele sai 5 horas da manhã pra horta, que ele planta horta e ele tá com 97 anos, condição de raciocinar.
	<ul style="list-style-type: none"> · Autonomia/produtividade em relação as necessidades do outro: Vontade de servir, disposta a trabalhar, tudo que pede pra ela fazer ela procura fazer o melhor, (o trabalho) aumenta a auto-estima das pessoas e isso traz saúde.
	<p>Saúde como cuidado com o corpo:</p>
	<ul style="list-style-type: none"> · Cuidado com a alimentação: contrabalançar a alimentação, primeiramente saber alimentar, alimentação errada e corrigir, comer com parcimônia, comer pra viver e não viver para comer, ter educação (na alimentação). · Praticar atividade física: atividade sem fazer nada aí você começa a pensar uma porção de coisa, fazer exercícios, trabalhar o corpo, caminhada, hidroginástica.
	<p>Corpo físico</p>
<ul style="list-style-type: none"> · “máquina humana, olhar a pele, o cabelo e a espontaneidade da pessoa ali né a disposição, desgaste da matéria, é o desgaste do corpo, somos igual uma máquina? As peças não vão ficando velha? É o nosso corpo.” 	

Apêndice 07:

Categorias empíricas e termos constituintes	
Representação Social de Saúde	Como algo subjetivo:
	Estar bem comigo mesmo, equilibrada... Você estar bem; Estar bem contigo mesmo; ficar sempre bem com a vida, (ficar bem) com as pessoas que estamos nos envolvendo; Estar bem com o seu meio, estar bem com a sua consciência, estar bem com o todo, com o universo!; Uma pessoa alegre, uma pessoa animada, uma pessoa de bem com a vida, dá pra ver que ela tem saúde; Ah, a saúde... penso que não é só a ausência de doença não;
	Comportamentos:
	muito mal é ficar guardando mágoas e ficar levando muito assim ao pé da letra não guardar mágoa Porque são os excessos que muitas vezes nos corrói a saúde; buscar boas leituras, leituras edificantes, conviver, convivência, conviver com outras pessoas porque você vai trocar informações na vida social convivendo com outras pessoas, com outros níveis; Ah, bem humorada, alegre, que convive com a comunidade, que não se isola evitando os excessos, uma boa alimentação, boas horas de, boa hora, boas horas de sono, ter uma vida social razoável sem excessos, regras de boa alimentação, descanso, trabalho, toda tarefa normalmente feita por milênios, e que agente sabe que dá o resultado necessário; É nós temos que, nós temos que manter um equilíbrio, um equilíbrio em tudo que tem na nossa vida, na alimentação, nos exercícios que se faz e cuidado. Na alimentação, o corpo, e mesmo não ficar parado porque se parar ai a mente não vai ficar bem não, cuidado; se cuidar, Além duma caminhada, uma boa alimentação, correta, sem abuso tudo é permitido, menos a extravagância. Tudo demais faz mal né? O excesso de tudo é prejudicial.
	Autonomia/funcionalidade/produtividade:
	Saúde é aquilo que te possibilita ter uma qualidade de vida satisfatória em todos os sentidos, você pode exercer suas atividades, seja profissionais ou pessoais, poder exercer suas atividades de lazer, enfim, ter prazer, satisfação de viver. É necessário que você procure se cuidar tenha uma boa alimentação, comportamento, atitude perante a vida otimista, que seja que uma pessoa que procure agir de uma maneira correta de acordo com as normas que sejam que venham trazer pra sociedade, pra você e sua bem estar, satisfação. Uma pessoa saudável é aquela que tenha capacidade física de exercer sua profissão, fazer suas atividades sem limitações físicas e psicológicas. Saúde é a condição necessária para que eu desempenhe as minhas funções, totais, porque sem a saúde “você” não consegue; tem que estar sempre em movimento, se você parar vai gripar; se você não tiver ocupação, vai ficar pensando em fazer bobagem. Bem ai só a religião mesmo pra me ajudar a sentir dores com paciência, com conformação, e eu nem ligo para ela hoje, mas se eu ficar livre se eu passar o dia inteiro e fizer todo o exercício de casa dentro de casa eu tenho saúde, eu não tenho doença nenhuma (ter saúde é?) Independente. Um idoso com 70, 80 anos fazendo suas coisinhas, fazendo sua caminhadinha, indo no mercado, indo na padaria, não enfiado lá numa cadeira de balanço esperando tudo na mão. Porque aí ele vai atrofiar cada vez mais.
	Ausência de dor ou doença:
	Ah, é não sentir dores, para mim eu acho que é não sentir dores. Só isso.

Apêndice 08:

	<p style="text-align: center;">Categorias e termos constituintes</p> <p>Como a relação entre mente/corpo ou espírito/corpo ou mente/espírito/corpo:</p>
	<p>O equilíbrio físico, harmonia da mente, o equilíbrio emocional e o bem estar social também... De um modo geral. De todos os sentidos né, é o bem estar de todos esses sentidos, tanto espiritual, físico, como moral e mental.</p> <p>vamos dizer assim, da sua razão do seu entendimento, e evidentemente isso estabelecendo um contato entre o espírito e o corpo, é aquela tradicional frase: "ment sano e corpuro sano"; "mente sadia e um corpo sadio"; sua mente está bem, se você tá bem consigo mesmo e espiritualmente, com certeza seu corpo acompanha, pra mim isso é saúde.</p> <p>Eu acho que isso me faz, é diferente que vamos dizer assim, tem pessoas que tem problema de saúde, físico, e no entanto tem um espírito até muito bem, aceita a realidade, convive com essa situação, mas se ele puder conviver com este, essa ideia, do espírito sadio, e praticar as condições ideais para que o corpo acompanhe essa ideia você também está vivendo saúde.</p>
	<p>Pelo fato de trabalhar a mente, de procurar ser uma pessoa mais otimista, compreender o papel do corpo né, como instrumento do espírito que deve ser respeitado, é... O cuidado com a alimentação, o cuidado com o corpo né, dentro do que é normal, como um instrumento né, de trabalho, de crescimento e... Eu acho que você tem um projeto, a coisa mais importante para você ter uma saúde e desenvolver uma saúde, ser uma pessoa saudável, não apenas ser uma pessoa com o corpo, vamos dizer assim, funcionando perfeitamente bem, mas ser uma pessoa saudável em todos os aspectos de saúde, é você ter um projeto de vida. Um projeto que vai além das coisas que se modificam toda hora, entendeu? Então minha saúde não vai depender... De uma outra pessoa, não vai depender de muitos recursos, embora a gente tenha uma assistência médica sabe? Eu vou ao médico, mas não tenho essa preocupação excessiva de tá indo ao médico por qualquer coisinha. Aceito muito bem uma ou outra dor que aconteça, eu acho que faz parte, é natural né, do processo de envelhecimento. Então é... A manutenção da minha saúde eu acho que é em função da maneira como eu encaro a vida, sabe? E desse projeto de crescimento, que independente de chegar também ao fim dessa existência é alguma coisa que eu vou continuar, entendeu? Eu vou continuar e saudável, e alegre (risos)... E, na medida do possível, né, nessa vida aí... Comunicando em outros planos do mesmo jeito. Então pra mim a religião com a saúde é desde que a religião te dê um projeto de vida que te faça uma mente saudável, que te dê uma mente, né, que te propicie condições de ter uma mente saudável e... Você tocar aí... A vida pra frente entendeu? Esse projeto.</p>
	<p>na condição de espírito, nós acreditamos que a saúde vai além do conceito da Organização Mundial de Saúde, né? Que seria o bem estar físico, mental, espiritual, social. Eu acho que saúde é uma saúde interna que se reflete num bem estar físico e no relacionamento com as outras pessoas. Para mim saúde é isso, tá? É uma higidez espiritual. Um estado de equilíbrio espiritual, de harmonia espiritual, que vai naturalmente se refletir no corpo saudável. É aquele conceito antigo de mente sã, corpo são. E isso vai se refletir no nosso relacionamento com as pessoas.</p>
Representação Social de Saúde	<p>porque não existe a saúde cem por cento completa, né? Não temos, mas é aquela pessoa que consegue viver com coerência dentro daquilo que ela acredita, mesmo que ela tenha algum tipo de deficiência, é... eu acredito que mesmo essas pessoas que tenham algum tipo de deficiência, física sobretudo, se elas encararem a saúde como uma coisa mais ampla, elas podem ser saudáveis, desde que elas tenham uma condição de trabalho, uma condição de uma convivência harmoniosa, de lutarem pelos seus sonhos, para mim isso é uma pessoa saudável, uma pessoa também otimista, sabe? Uma pessoa que sorri um pouco.</p> <p>então a gente acha que a nossa saúde tá relacionada com a nossa conduta evidentemente, porque Deus nos criou para sermos felizes, para termos saúde, a saúde espiritual. A doença é pra nós uma coisa provisória, temporária. No futuro nos vamos caminhando pra ser cada vez mais do ponto de vista material também sem doença, porque isso vai depender da nossa mente, do espírito que tá comandando, quer dizer que hoje nos temos mais saúde do que tinha a 50, 100, 500 nos atrás. Enquanto a 500 anos a gente tinha uma média de vida de 40 a 50 anos era muito, hoje nos chegamos a 100, essa melhoria, não só pela tecnologia, da invenção, descobertas, a inteligência do homem.</p> <p>Saúde entendo como sendo um equilíbrio psico-físico da pessoa, de acordo com nosso entendimento espírito. Saúde é aquilo que vem e está de acordo com o equilíbrio geral do espírito.</p> <p>Ééé a saúde tá relacionada ao modo de proceder e pensar das pessoas, ou seja, a pessoa que dentro do padrão espírito procura se colocar numa posição que tá de acordo com as normas cristãs, ou seja, aquilo que Jesus vem falar pra nos para nosso equilíbrio legal, pra nossa felicidade né, porque nos acreditamos que a saúde tá relacionada com a nossa mente, ou seja, como o espírito age né, seja de uma forma positiva ou negativa. Então a saúde está relacionada como todos os procedimentos positivos da vida, a realização do bem, o amor ao próximo, etc.</p> <p>Tem muitas filosofias que falam isso como quê o pensamento, as nossas atitudes né, porque tudo vem, tudo começa no pensamento. "Nós somos o quê nós pensamos"; quem falava isso era Buda né? Buda já falava isso "Somos o quê pensamos." E o espiritismo reforça muito isso, nós somos o quê nós pensamos. Então se nós temos bons, se nós procuramos combater os maus pensamentos, claro que isso vai refletir na, nas nossas células físicas né!</p> <p>Eu penso que esta pessoa é que estivesse em paz consigo mesma, porque aí ela iria tá toda em harmonia, mesmo se tivesse alguma dor, não tá falando que isso aconteça não, mas se nós conseguíssemos manter o equilíbrio dentro de uma situação difícil, "meio caminho andado é praticamente um caminho inteiro né", porque você vê que quando sofremos com uma dor muito forte com um acontecimento quando é ruim, as vezes se você não conseguir manter o equilíbrio você fica muito mal e recebe tudo no corpo, de repente você fica nervosa, tá com dor de cabeça, tá com diarreia, tá com um monte de coisa. Saúde é o equilíbrio né. Equilíbrio da mente, do espírito... mente, espírito e do corpo físico. Né? Saúde é isso. Quando nós temos o desequilíbrio da alma, da mente, nós adoecemos o corpo.</p> <p>Olha, existe um benfeitor espiritual autor de muitas obras espíritas que é o Emmanuel, mentor do Chico Xavier, e ele fala que não existe doenças, existem doentes. Nós espíritos é que adoecemos e essa doença vai se refletir no corpo, no corpo físico. Então, se nós estamos bem emocionalmente, se nós, mesmo nos casos de doenças cármicas, que vem em consequência de erros do passado, que a gente traz as matrizes no nosso corpo espiritual, que essas doenças vão se refletir nessa vida atual, o nosso estado emocional, o nosso pensamento vai influenciar muito mesmo no nosso estado de saúde ou de doença.</p> <p>Porque ia ter um tratamento espiritual, ia cuidando do corpo e do espírito. É assim que tem que ser, a gente cuida do espírito e o médico cuida do corpo. Tem que ser as duas coisas.</p>

Apêndice 09:

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSO	<p>Categories e termos constituintes</p>
	<p>Visão negativa de ser velho: “velhice com doença é que é complicado; preconceito, A velhice não é boa, eu não posso concordar que ser velho é ser melhor que novo, Carro novo é melhor do que o carro velho. Eu queria ter a experiência que eu tenho, o conhecimento que eu tenho sendo jovem.</p>
	<p>Ser “idoso” como algo demarcado pela mudança de comportamento da sociedade/instituições para com ele: “uma mudança de tratamento não pra pior, não; tem mais cuidado (as pessoas) com a gente, tratamento diferente, mas assim, até mais carinhoso; Eu achei ótimo de não precisar mais pagar passagem.”</p>
	<p>Quando/como se perceberam idosos: “vai chegando o peso dos anos, eu vim sentir a minha idade depois que eu fiquei viúva. Aí que eu vim sentir que tinha idade porque fiquei sozinha. vim perceber a velhice há 10, 11 anos atrás quando a minha sogra adoeceu. “</p>
	<p>Em relação aos termos que os definem segundo esta fase da vida:</p>
	<p>Não aceitação: terceira idade, não gosto; Velho é aquele trapo.</p> <p>Se sentem bem: o idoso é mais (melhor termo), não acho que velho seja pejorativo; aquela idosa, Senhora, Vó.</p>

Apêndice 10:

Categorias e termos constituintes	
ENVELHECIMENTO	Envelhecimento como algo estritamente físico: "Desgaste da matéria; é o desgaste do corpo; Corpo que tá envelhecendo; Velhice pra mim são os jovens que vão ficando cansados; Natural, nós não somos igual uma máquina, as peças não vão ficando velhas; corpo esta envelhecendo mas eu estou muito jovem; O corpo é velho, mas o espírito é novo
	Envelhecimento como algo subjetivo (consequência da separação do corpo).
	Expressa pela:
	Maneira de sentir: Acho que vem de dentro, não envelhece, tá muito no nosso íntimo né; cabeça é que comanda; mas eu não sinto que tô com essa idade não.
	Relativo ao espírito, não no sentido religioso, mas de status de relação com a vida: espírito jovem, o espírito é bem mais (jovem), o espírito num vai envelhecendo; não me sinto espiritualmente velho; o espírito da gente é jovem; meu espírito é bem mais jovem.
	Relativo ao espírito com conotação religiosa: espírito pode evoluir
	Envelhecer como gerador de experiência de vida: "continua em sabedoria (idoso); mais experiência; oportunidade de aprender; experiência; aprendizado; velhice é experiência né gente; envelhecer é criar a experiência. certa idade você vai vendo que aquilo tudo não era tanto importante aceitar, concordar"
	Como algo natural: a gente vai serenando; vai entendendo que a gente vai ficando velho mesmo, é consequência da vida, adquirindo uma serenidade;
	Como percebiam o envelhecimento quando jovens:
	Negação/alenação: não pensava nisso não,(envelhecimento), não pensava que ia ficar velho não, num tinha essa preocupação. Quando é jovem acha que nunca vai envelhecer. gente tem que saber envelhecer. Você não pensa que vai ficar velho não. gente vive a vida, os dias né. Vai passando e aí você vê que passou. tinha 30 anos apareceu um cabelo branco. Eu não pensava muito nisso não.
	Relacionado à expectativa de vida, esta, demarcada por um planejamento encarnatório: a gente tem plasmado no nosso espírito as doenças que a gente provocou em outras ... Vidas... Então as vezes vem com essa com um tempo menor né Ela é nova, fisicamente falando, mas quantas encarnações ela já teve.
	Negativamente: será que eu vou chegar na tal idade com quantos anos eu vou morrer, será que em 2020 eu tô aqui? quando eu era mais jovem eu achava que todo velho era chato (risos)
	Diferente (positivamente) em relação à juventude: idoso de não precisar ficar na fila. a gente se sente muito bem quando é bem tratado principalmente pelos jovens. naquele tempo a gente achava que velho era igual deficiente físico.Não existia rampa (hoje tem) discriminado totalmente (hoje nem tanto).
	Como lidam com o envelhecimento
	Certeza na vida após a morte: dia que eu partir eu vou continuar , não acabou ali, continuidade da vida, Nascer, viver e morrer.
Aceitação dos limites: eu aprendo a lidar com isso, aproveitar o que eu posso fazer, lidar com aquilo, aquela destreza..acabou!; reconhecer as limitações e ter educação; tem que ter fé; religião dá uma força muito grande. Tem certas limitações que ele, ele não aceita. depois dos 60 anos a pessoa quer ser como tinha 30, 40, é diferente Eu não tenho essa preocupação porque você tá de bem com a vida A idade tá chegando. Você tem que assumir., É ter o cabelo branco, Assumir suas rugas, não é!?	
<i>Aceitação , aceitação sem revolta isso ajuda na saúde.</i> Tudo na vida dos idosos chama-se: dosar. Aceitação também nas limitações, Saber envelhecer. Mas o idoso tem que ter limites também, Você faz aquilo no limite. Passou, aquilo ali já não, que ele dá rasteira em qualquer homem de 30, 40 anos, vaidade a dele né... ridículo.	
Negativamente: preocupação em envelhecer. que tem pavor da velhice revolta muito.	
Detendo-se na ideia do presente: Não pensar no amanhã né, pensar no agora né. imagino se eu agora, vou ficando com mais idade, (não) pensar quanto tempo eu ainda vou viver. senão vira paranoia (quanto tempo de vida),. Viver meu dia de hoje bem.	
Percebendo-se ativos: Trabalhador. quanto mais a gente distribui o bem, mais a gente vive melhor e mais a gente vive. , , você procura, você se esforça né. tá em pé, tá andando, velhice não é doença e nem aborrecimento. faço muita coisa, se quiser encarar um serviço tenho condição. fazer crochê, tricô, eu pinto, eu trabalho na minha casa, eu cozinho também; eu gosto muito de viajar.	

Apêndice 11:

Categorias e termos constituintes	
Envelhecimento	Algo relacionado somente ao campo físico e/ou tido como processo natural:
	Eu chego até brincar com alguns amigos, podem vocês me ver velho, fisicamente, mas espiritualmente eu sou muito jovem.
	A velhice eu acho que é um estágio, né? Nessa vida, nessa existência em que o corpo ele vai se desgastando e, embora o espírito né, ou a mente esteja ativa, esteja amadurecida, né? E aí eu acho que a mente não envelhece, a mente amadurece, né? Diferencia, mas o corpo envelhece, né, vão aparecendo os desgastes, as limitações e aí você conseguir conviver bem com isso sabe? Uma mente madura, experiente, saudável, num corpo um tanto limitado. Isso pra mim que eu entendo como sendo a velhice, quando você fala “a pessoa é velha” ela tem um corpo mais limitado, não necessariamente a mente né, embora as vezes a pessoa se deixa subjugar por essas limitações, né? Fica rabugento, fica enjoada. Mas eu acho que isso não é velhice, a velhice, se alguém me chamar assim: “Você é uma pessoa velha”, perguntar se eu sou uma pessoa velha, eu diria que nesse aspecto sim, né? O corpo apresenta uma série de dificuldades, mas eu convivo bem com isso, sabe? Eu sei até onde eu posso ir. Eu acho que sou saudável na velhice.
	É uma fase da vida em que você encontra algumas limitações em face do tempo, o corpo humano é como uma máquina que vai se desgastando com o tempo, então eu vejo na velhice isso, sinais que o tempo foi deixando no seu corpo físico. As limitações impostas pelo tempo e também uma fase da vida que você já tem mais experiência, mais conhecimento.
	Espiritismo e envelhecimento é nos com as nossas experiências, com o estudo da doutrina vamos entendendo porque dessas coisas, porque nos não vamos ficar preocupado porque eu vou ficar velho, ficar feio, enrugado e isso aí é uma coisa passageira. O espírito não tem envelhecimento, entendeu, como uma força que ele é imortal. Ele não vai envelhecendo, ele vai se embelezando do ponto de vista espiritual, moral.
	Velhice pra gente não existe né, a velhice é termo do ponto de vista físico, o espírito não envelhece, o espírito num é, segundo meu entender não é envelhecimento, é uma etapa da condição orgânica apenas né, da condição orgânica, do envelhecimento dos órgãos, que vão né, seu fluido vital e etc, vai diminuindo e é uma coisa natural da existência física, porque pra nós isso é uma etapa apenas da evolução do espírito né.
	A velhice não tem jeito né, porque (risos) é uma ordem natural das coisas, é o ciclo biológico né? A vida vai, tem esses ciclos né: a infância, a juventude, a maturidade até que chega mesmo na velhice, não tem jeito né.
	Eu sei que é algo que dá no corpo, algo que dá, algo que dá natural, a gente vai ficando... eu não me sinto muito lenta não, também não acho que não estou incapaz de trabalhar não, graças a Deus, acho que velhice é um processo natural né, o corpo vai envelhecer, o corpo vai envelhecer.
	Quem tá envelhecendo é o corpo, o espírito continua novinho em folha.
	Apesar de eu tá envelhecendo, sabendo do meu organismo, o corpo físico, os órgãos vão tendo aquela falência por desgaste natural da vida mas eu tenho consciência disso, entendeu. Então hoje eu sei, quando eu era pequena não tomava remédio para pressão arterial, para diabetes, um monte de trossos né, mas eu to sabendo, mas isso as vezes não só a genética (deu ênfase na genética) mas também algumas coisas, as vezes excesso que eu fiz mais né.
	A velhice é o fim da etapa nessa vida. Nasce, cresce, envelhece e morre. É a lei natural.
	É o fim. É o fim mesmo, é a etapa já esperando a “ida”.
	uma coisa que vai acontecendo naturalmente na vida da gente.
	“estamos ficando velhos e a gente nem percebe isso”, a gente nem percebe! Quando você tem uma vida razoavelmente saudável a velhice vai acontecendo naturalmente. Você vai chegar a um determinado ponto, um dia você olha no espelho e você vai descobrir o primeiro fio de cabelo branco, a primeira ruga, as vistas já começam a embaçar um pouco aí você tem que usar óculos, você já começa a ter dificuldade de locomoção. Mas, quando você começa a envelhecer e aceita isso com naturalidade, como um processo natural porque tudo envelhece. Tudo tem seu tempo. Como disse Eclesiastes, Capítulo 3, “Há tempo de plantar, há tempo de preparar a terra, há tempo de plantar, deitar a semente, há tempo da espera, tempo da colheita e há tempo de saborear”. Então, nós também somos assim.
	Hoje eu já não consigo fazer muitas coisas, já não consigo correr grandes distâncias, não consigo pegar certos pesos, não consigo ter a elasticidade que eu tinha aos 18 anos. Mas é compreensível! A máquina envelheceu, o corpo envelheceu. Então aceito isso com naturalidade. E você vai aprendendo, até mesmo na velhice você tem muito a aprender com o todo, com o jovem, com pessoas da terceira-idade, como eu, com a própria natureza, a natureza te ensina muito. Então, pra mim é tranquilo, é um fator natural. Aceito com muita naturalidade.
	Aquilo vai naturalmente, é como o amanhecer, o entardecer e o anoitecer. Quando você acorda, o sol às vezes está dispondo. Quando você vê já é noite e já começa a brilhar as estrelas. E você não percebeu que o sol correu o ar né, o céu, durante o dia. Você nem percebeu. E eu aceito isso, sempre aceitei isso com muita naturalidade. Eu sabia que um dia, se Deus assim permitisse, eu chegaria a terceira-idade.
	o corpo seria como se fosse uma veste que daqui a pouquinho sai de moda, fica roto, não serve mais aí eu descarto e continuo a minha caminhada. Então, o envelhecer é muito natural.
	Mas é natural, a máquina cansa, vamos dizer assim, a máquina envelhece.
	A velhice do corpo físico, é o desgaste molecular, celular né. O espírito não tem velhice. Então, a velhice pra mim, eu entendo a velhice só né, a maturidade, o desgaste é...biológico
	Velhice é, acho que não existe, acho que só o corpo, ele que envelhece, não existe velhice, acho que o questionamento de velhice pra mim acho que o que impede a pessoa as vezes não é velhice, é o corpo que vai te atrapalhar com a idade, existe na cabeça, o preconceito de falar que idoso não pode
E o que a gente aprende também é que não tem nada haver o espírito com o envelhecimento, o espírito não envelhece, você tem assim que o seu corpo tá envelhecendo, mas a mente, coisas que eu achava que eu iria guardar quando mais nova.	
Então hoje em daí a gente vê né, dá pra envelhecer bem. A gente faz, a gente vê no globo repórter cada idoso de mais de 80 anos, 90, espertinho né? Então eu acho que é preocupar com exercício físico principalmente. E eu cheguei a essa conclusão também porque tudo isso que eu tenho passado ultimamente de artrite, artrose, esse monte de coisa que remédio nenhum dá jeito nisso não! Isso é a idade, não tem jeito! É a idade, entendeu? Então é exercício físico, é uma atividade física não tem outro jeito. E alimentação né. Cuidar bem da alimentação que a gente não cuida né.	

Apêndice 12:

Categorias e termos constituintes	
Envelhecimento	Características intergeracionais e sociais que demarcam o sujeito como idoso
	no passado era muito pior do que hoje, hoje modernamente falando o idoso é muito mais assistido, tem as vantagens e desvantagens da vida moderna, mas o medicamento, a medicina progrediu muito, a tecnologia, então oferecem mais conforto e um prolongamento até da vida física
	desde a adolescência a respeitar os idosos, e a nós fazíamos um trabalho, quando eu morava em Barra do Pirai, eu já era espírita, na mocidade espírita, que todos os domingos nós íamos visitar um... naquela época chamava asilo de velhos, hoje tem outro nome ne, lar de idosos, e cada um de nós tinha um afilhado, e eu tinha uma afilhada, e nós íamos visitar, levar biscoitinhos, só pra conversar, passar umas horas, uma ou duas horas com eles,
	Tinha, a gente nasceu, ô Letícia, num lar espírita, então veio muito cedo, todas essas ideias eram sempre conversadas, eu acompanhei meu pai que não chegou a envelhecer, que ele desencarnou com 54 anos, mas a minha mãe tá aí, com 81 anos e a gente acompanhou muito de perto outros processos de envelhecimento dentro da visão que nos foi passada desde a infância, sabe? O que que aconteceria com a passar do tempo, os objetivos da existência, então isso é uma coisa que foi só sendo consolidada com o tempo.
	Mas eu, por exemplo, eu não me sinto velha! Eu tô com 76 anos e eu fico pensando assim "Meu Deus, será que eu já vivi isso tudo? Já passaram 76 anos, né." Eu não me sinto velha, sinceramente. Às vezes eu chego na frente do espelho aí eu vejo as rugas e tudo aí que eu falo "Tô velha!". Mas assim, eu me sentir, eu não me sinto velha, sinceramente. (risos)
	Eu acho que uma das grandes, talvez, dificuldades quando você chega na terceira-idade é se aceitar. Você começa a ter, eu vejo companheiros meus que tem uma certa rebeldia "O jovem não me entende", "Você também já foi jovem um dia!". E o ser jovem é uma questão de presença de espírito, do seu íntimo, porque tem muitos jovens que acabam agindo como nós, terceira-idade, e muita terceira-idade como nós que acabam agindo como jovens. Então, é uma questão de postura, de você interagir na sociedade.
	Por exemplo, não vai ficar, não ficaria interessante em mim andar como um jovem hoje de 18 anos, vestido como um jovem, quer dizer, poder eu posso mas vai ficar um pouco estranho, (risos) vai ficar um pouco estranho. Agir como um jovem de 18 anos, ir pra balada, primeiro que já nem consigo ir mais pra balada, ficar até de manhã. Então eu tenho que buscar o meu lugar. Isso não quer dizer que eu não vou interagir com jovens. Eu tenho amigos jovens, bem jovens, conseguimos trocar ideias, bater papo. Porque você também tem que buscar conhecer o mundo do jovem. Você pra entender o jovem você tem que buscar conhecê-lo
	Porque as gerações mudaram. A minha geração ela pensava de um jeito e agia de um jeito. A geração de hoje, de vocês, pensa de um jeito e age de outro. Mas nós vivemos na mesma sociedade é isso às vezes que a gente não entende. Às vezes a gente não tem paciência com jovem e às vezes o jovem não tem paciência com a gente, né. Mas nós vivemos em sociedade.
	gente vai trocando experiências, eu aprendo muito com os jovens principalmente agora na era da informática que eu sou da época da máquina de escrever, aquelas velhas Hamiltons né, dá uma saudade tem hora.
	Mas o jovem hoje, por exemplo na era da informática, vocês tem muita facilidade de aprender rápido e a gente já tem uma certa dificuldade, o raciocínio não ajuda muito.
	Como percebeu/percebe o envelhecimento ao longo dos anos
	Ah, eu nunca me imaginei chegando assim nessa idade, entendeu? Nunca, nunca imaginei mesmo. Eu não pensava nisso né, e também achava que seria, assim, que eu estaria muito mais desanimada, muito mais ociosa, eu achava que seria assim.
	eu achava que eu nunca ia chegar assim, eu com essa idade que eu tenho, eu ia achar que iria tá assim bem paradona, bem desanimada, porque tem pessoas que as vezes com menos idade hoje já tava desanimando de fazer tudo. Eu achava assim que "Nossa, quando eu tiver uns 60 anos"...
	Ah não, não. Quando jovem eu achava que a velhice era muito triste de acontecer, mas hoje eu vejo que é o amadurecer, quando era jovem eu achava que não, velhice era horrível, é enrugar, é ficar cheio de manchas, porque fica com problemas mental ... eu não acho não.
mas a gente não pensa muito também não viu, não pensa não, mas acho que quando você tem 15 e alguém fala assim "Ah, eu to com 40 anos", "Nossa, fulano tá velho né". Mas quando você tá com 60, você sempre acha que ainda tá jovem o até com 80, conforme o 80 esteja você fala "Se eu chegar lá e ainda tiver com essa disposição tá bom né". É muito relativo isso, tem pessoas que se sentem velhas já bem novas.	
Não preocupava a mínima com isto (quando era jovem)	

Apêndice 13:

Categorias e termos constituintes	
Envelhecimento	Capacidade de ser ativo/produativo:
	Por exemplo, o trabalho é necessário, a lei do trabalho faz parte das leis naturais da vida, eu me sinto capaz de trabalhar e tô trabalhando, e quando eu trabalho, o envelhecimento parece que me rejuvenesce, eu não vejo as dificuldades do envelhecimento. Tem pessoas que quando se aposentam já se entregam, “não faço mais nada, agora tô velho, tô isso” e acabam criando um estado de espírito negativo para ele mesmo, eu acho que quando a gente compreende isso, isso tudo vem a favor da gente.
	alguém levantou e disse assim: “Sérgio, eu vou falar aqui em público, quero rasgar elogios, você é uma das pessoas que eu admiro, pela sua idade, o pique que você tem pra trabalhar, a disposição que você tem pra trabalhar, tudo isso te coloca como diferente.” Fiquei feliz, quer dizer, sinal que eu estou realmente naquele momento vivendo o meu melhor momento.
	Eu não conheço velhice, eu estou com setenta anos, trabalhando até hoje, e pra você ter uma ideia trabalhando de carteira assinada, eu tenho um compromisso com a entidade em que eu trabalho de hoje que eu vejo já não tem mais a força física, porque... por causa disso, mas mesmo assim eu sou uma pessoa que trabalha o tempo todo, entendeu.
	Porque, principalmente nos ensinando que a gente deve procurar sempre ser útil mesmo sendo velho a gente, dentro das nossas, do limite das nossas forças. É claro que a gente não tem o vigor nem a força da juventude né. Mas dentro das nossas limitações é a gente ser útil, servir sempre o próximo né, vivenciar o amor e isso o espiritismo só ensina isso pra gente (risos).
	É muito bom a pessoa se sentir útil porque uma vida inútil, principalmente a gente já na terceira idade, quarta idade, quinta idade né (risos). A pessoa que tem aquela vida ociosa, que fica muito em casa só pensando em problemas, em doenças, revivendo o passado que já se foi, chorando pelos entes queridos que já se foram é uma vida muito infeliz porque ninguém pode ser feliz se sentindo assim inútil, ocioso né? Então é muito bom a gente sempre procurar ter, uma pessoa que já se aposentou, procurar ter uma atividade, qualquer atividade, no ramo artístico, ou literário, ou filantrópico, ou religioso, pra ocupar o tempo, conversar com outras pessoas, conviver com outras pessoas, sempre tomar conhecimento de ideias novas né? Sempre, não ficar parado no tempo né, estar sempre aprendendo, isso também vai exercitando o cérebro né.
	O eu acho, não é sou eu que vejo, todo mundo tá vendo, tanto é que você já falou né, as pessoas tão vivendo mais porque elas tão tendo consciência que eles podem muito mais. Antigamente você já crescia com a ideia de você envelhecer, sentar numa cadeira de balanço e ficar fazendo crochê, contando histórias para neto né, essas coisas todas, e hoje não, vou sai, você trabalha, você exercita, você viaja, você curte mais a natureza, porque você tem mais tempo né, a parte mais pratica de fazer uma previdência, essas coisas tudo já passou foi mais na parte que eu tava madura.
	velho é uma coisa que desgasta e você descarta, sei lá, e a gente não é isso, nós somos produtivos. Mesmo, sentado numa cadeira de balanço, ou as vezes até com limitações de andar, de qualquer coisa, eu posso transmitir muita coisa, eu ainda posso ensinar muita coisa, eu sou um conjunto de experiências e de vivências com bons resultados, eu posso tá transmitindo isso e ai não é descartável. Enquanto Deus me der força, bons pensamentos, tiver... eu posso ser útil sem ser velho.
	Acúmulo de experiência/conhecimento:
	nós vivemos na velhice o somatório de tudo aquilo que vivemos ao longo da vida, e se nós somos, se fomos otimistas, se gostamos de viver, se nós temos confiança em Deus, mesmo com todas as implicações que a velhice pode nos dar, fisicamente falando, nós vivemos melhor, então a velhice não nos impede de ter os mesmos sonhos, os projetos de vida, de buscar a felicidade, de buscar a harmonia íntima, desenvolver tudo aquilo que nós podemos dentro da nossa faixa etária, lógico.
	É, eu consigo perceber as coisas boas na velhice. A maturidade mesmo, a paciência que a gente vai adquirindo sabe? As coisas assim como um discernimento um pouco maior, ne? Talvez porque eu não tenha problemas físicos, assim, mentais ne? Não tenho problema mental, cerebral que impeça essa expressão de uma mente mais saudável, mais otimista, ne? É... então pra mim ta... é... a velhice, dentro daquilo que te falei é... o que é bom é ser... é eu ser avó sabe? É olhar os netos e saber que eu aprendi com meus filhos, sabe? Criando os filhos eu aprendi hoje como avó eu sei que sou uma pessoa melhor do que eu fui quando era mãe em termos de valores, de virtudes... eu sou mais paciente, eu sei ouvir mias, eu sei compreender mais... Então eu acho que a velhice nos propicia isso.
	Experiência, porque sempre que vai evoluindo, vai avançando a gente vai conseguindo e vai adquirindo cada vez mais experiência em todas as áreas, em todas as coisas.
	Experiência. Experiência de vida. Porque o ideal era a gente ter 20 anos ou 30 com a experiência de vida atual né. A gente não recair nos mesmos erros, coisas que a gente fez e que hoje a gente fala que não devia ter feito, se fosse hoje eu iria agir de outra maneira, né?
	Então, eu fico assim vendo “nossa, quanta coisa eu já aprendi”,
	Ahh, experiência, experiência. Tudo que eu passei serve como experiência, serve pra eu falar pros outros, entendeu? Muita coisa se eu soubesse, eu não tinha feito, tinha feito diferente, entendeu? Apesar de não ter arrependimentos de muitas coisas, não tenho muito do que me arrepender do que eu não fiz não, sabe.
Eu acho que é sabedoria. É... (risos) sabedoria. (como sinônimo de envelhecimento)	
Eu não me sinto nem como velha, não me sinto, eu me sinto uma pessoa bem mais experiente de vivência, porque eu também busco isso, eu podia ta bem sentada só lendo, vendo televisão, né, podia ta fazendo essas coisas. Mas eu acho que eu posso conciliar as duas coisas, misturar o lazer com o aprendizado, o ensinamento, passar as experiências que eu já vivi e ai eu vou colaborando. Velhice para mim, hoje em dia tem um significado.	

Apêndice 14:

Categorias e termos constituintes	
Espiritismo	<p>Espiritismo como 'Centro Espírita' atrelado a ideia de produtividade (atividade) mediante trabalho voluntário: doar, quando você tá mais velho você tá mais disponível, Tem mais tempo também. Dinâmica, trabalho voluntário, Forte e mais saudável participamos de tudo que acontece nessa casa. A gente não tem aquela coisa de tá dormindo de dia; Isso (trabalho) me dá disposição, me dá saúde, eu levanto, sento, faço o meu trabalho, não prejudico nada no meu lar porque meu marido também me ajuda. Acho que o trabalho voluntário é a melhor coisa que qualquer pessoa, não só na terceira idade, em qualquer idade, Porque isso dá vida para nós. Vontade de servir que a gente tem o compromisso aqui na casa, a dedicação da minha vida, a gente ocupa a mente</p>
	<p>Espiritismo como norteador dos questionamentos e comportamentos do idoso :</p>
	<p>Aprendizado que detêm: aprende a ter mais paciência, Dentro de uma religião ajudar ter essa sensação de fé... Num é a religião que vai ali e vai fazer em você não. Você, primeiro, você tem que abrir para receber, é isso em tudo na vida.</p>
	<p>Mudança na forma como vê a vida: visão total de vida, mudança radical na forma de ver a vida, esclarecimento espiritual da vida né avisa é isso uns são pobres e outros são ricos é assim, temos que ter o equilíbrio, equilíbrio também já vem das nossas, das nossas reencarnações, espiritualidade nos coloca numa família onde há aquele tipo de enfermidade, "é assim mesmo", "isso vai passar", a gente não se desespera conforma. desencarna alguém da família (ajuda a lidar), muita coisa a gente corta, bobagem tem paciência</p>
	<p>Em relação a introyeção dos dogmas/preceitos:</p>
	<p>Prece/sintonia/vibração: Oraí e agir , Vigiai e Oraí, né, Porque só orar também e não trabalhar.... Aquela pessoa tava vibrando tava pensando bem,</p>
	<p>Gratidão/doação: agradecimento maior a Deus por tudo que você tem recebido né. responsabilidade tem que dar mais porque você foi muito beneficiado</p>
	<p>Fé raciocinada: você raciocina mais em cima daquela crença (fé raciocinada), o espiritismo é esclarecimento fé raciocinada Porque eu aprendi muito na vida. É muito ensinamento. Esclarecimento, Descortimento</p>
	<p>Imortalidade da alma: A gente saber que a vida continua (reencarnacionista), Saber que você não vai morrer, que é o corpo que vai morrer.</p>
	<p>Evolução intelecto-moral: Uma oportunidade de melhorar né (através da reencarnação), Espiritismo da a gente um objetivo que é a nossa evolução, espírito quase puro, Madre Tereza de Calcutá, Ghandi, que são espíritos muitos evoluídos (que não precisam aprender, evoluir) as coisas toda vão evoluir, ninguém quer ficar pra traz (como espirito e como pessoa)</p>
	<p>Ação e reação: num botar o pé no freio eu vou voltar muito pior, voltar mal com as dívidas, mal com os compromissos E o pior é isso, a gente errar e depois voltar e ter que corrigir o erro da gente né.(discordância) Eu não</p>
	<p>Espiritismo como superior à outras religiões: não tem aquele problema de sofrimento se vai pro inferno, vai ali, vai pra purgatório e vai num sei pra onde, Perdi a... o pique com catolicismo, Maldade do líder católico (criticou a questão da evolução espiritual), Evangélicos batendo, Aquele negocio de salvar e tal, aquilo num cabia em mim, Eu achava um saco ficar na igreja eu não tinha paciência, Tinha muito medo desse negócio de céu, inferno e purgatório. Quando católica achava Deus muito injusto ; Resposta para tudo</p>
	<p>Espiritismo como aquele que balsamiza a dor e responde as questões existenciais: vim por necessidade, esposa abortava, o espiritismo resolveu, Eu era católica, quer dizer eu não era nada, a dor bateu na minha porta e eu fui levada pra umbanda, A igreja Batista me deixava muitas dúvidas sabe, Eu tive um processo obsessivo aos 25 anos eu fui bater no CE da umbanda depois fui na D. XXXX e to na Doutrina Espírita ate hoje, Tive muito problema de saúde (...) Tomar passe no centro de fulana de tal , ela chora porque é médium ela tem que desenvolver, Bom pra minha mente confusão que eu tinha que não sabia o que queria da minha vida.. E ai de mim se eu não fosse espírita, estaria num hospital psiquiátrico.....por causa da minha mediunidade, Quando ele (marido) faleceu, ninguém me mandou procurar o espiritismo nem nada, me deu vontade de começar a assistir reunião pública. Bom, a confiança (junta as mãos) que a gente tem no espiritismo ajuda a gente a suportar (polegar apontando pra trás) as outras coisas. Ajuda a aceitar, dá força (confirmou balançando as mãos fechadas).</p>
<p>Espiritismo e saúde do corpo: espiritismo já me dá outra consciência que eu preciso me preservar Nós voltamos com as sequelas, nosso corpo físico é nosso instrumento de evolução, Se nós não cuidarmos do nosso corpo, nós estamos cometendo um suicídio indireto; É a raiva, o ressentimento, a mágoa, né tudo isso faz mal pra nossa saúde. É nisso que a doutrina espírita ajuda a gente, que a gente vai procurando se melhorar.</p>	
<p>Auxílio do mundo espiritual: liga ao mundo espiritual, você recebe ajuda, Eu não tenho a vidência espiritual, mas eu sinto. Eu tô assistido. A certeza (de estar amparada) Amparo superior. Você não ta desamparada. Vamos ter sempre um amparo;Confiança providência divina cai sobre a gente; Apoio ali, Aquela prece, A gente tem certeza que aquela, aquela equipe e a gente sabe que a espiritualidade está com a gente. A gente tem certeza que em volta da gente ali existem pessoas, espiritual né, amparando a gente, dando calma a gente né. Pra gente conseguir vencer né (auxílio da espiritualidade) "porque você não toma passe?", eu falei "eu não estou recebendo passe aqui?".</p>	
<p>Espaço de acolhimento/convívio: a gente se encontra todo dia, Nesse bem-estar, grupo de amigos, porque se a gente viver isolado é muito triste. A gente se abraça demais, aí quando uma pensa que está sendo beneficiada a gente tá tirando dela. convivência, vem praqui conversa. Trabalha, conversa abraça carinho, estou aqui há 40 anos no Centro C, nós envelhecemos junto Então eu acho que uma frequência de um lugar, seja a religião que for, por um período longo é, ajuda também. que tá reunida tá orando pela gente, vibração né.</p>	

Apêndice 15:

Categorias e termos constituintes	
Espiritismo	Certeza da vida após a morte/ multiplicidade de existências:
	Olha, a religião nos ensina que a velhice, o espiritismo né, que a velhice é só do corpo. Só o corpo mesmo, é o ciclo da vida, da vida física, é só do corpo. Porque o espírito pode se manter jovem ou ele já é muito velho, nós acreditamos, acreditamos não! Nós sabemos da reencarnação e a gente sabe que o espírito já viveu, vem aí há milênios né, tendo novas vidas físicas. E também que a gente sabe que a gente na hora que terminar esse tempo aqui a vida vai continuar no mundo espiritual e depois a gente retorna de novo.
	Até conhecer o espiritismo, até entender a reencarnação, a gente tem aquela ânsia de viver muito o dia de hoje, porque essa vida ela vai terminar, mais quando entendi, absorvi esse ensinamento que a vida não vai terminar com a sua morte física, você fica mais tranquilo, o envelhecimento ele não que dizer nada, ele é só algo natural,
	E também que a gente sabe que a gente na hora que terminar esse tempo aqui a vida vai continuar no mundo espiritual e depois a gente retorna de novo. Eu tenho até um joelho encrencado que eu fiz uma cirurgia e que não ficou assim muito perfeito, eu falo “Na próxima reencarnação eu vou ganhar um novinho” (risos). Então, não me preocupo, eu sei que vou ganhar um novo (risos). Então vai ficar tudo bem né. E se Deus quiser né, na próxima eu já devo tá mais amadurecida espiritualmente, melhor do que eu sou, do que eu fui em vidas passadas. Mas pelo menos eu vou ter um corpo mais saudável sem essas sequelas né porque esses problemas, geralmente, não quer dizer que todos às vezes a gente também faz mal uso nessa reencarnação. As vezes a gente sobrecarrega o joelho, não usa um calçado adequado, tem má postura mas muitas vezes é consequência de reencarnações passadas, as nossas doenças.
	a partir do momento que eu passo a entender que a minha vida não vai terminar com a morte física, isso daí me traz um consolo, um conforto e vontade de cada vez aprender mais, cada vez me tornar melhor, porque eu sei que isso não vai se perder com o tempo, eu vou levar pra outra existência, eu vejo um sentido, um significado maior na minha vida atual.
	por nós aceitarmos a vida sucessível, as reencarnações, aceitarmos a imortalidade da alma, a comunicabilidade do espiritismo a possibilidade desse intercâmbio com o plano espiritual, e nos dá uma crença raciocinada, uma fé raciocinada, que nos leva a considerar que Deus é justo, e que é Pai, tem amor, misericórdia, e que nós nunca sofremos daquilo que nós não estejamos merecendo, que nós podemos esperar todas as dores que a gente mereça, sofrimento, perdas na vida, e o espiritismo me dá essa convicção, a certeza de que vou sobreviver a morte,
	que tem fé, que tem religião elas são muito mais seguras. Falam de morte, de morte não, de transformação de vida né, porque a gente não morre, nós temos consciência disso, quem morre é esse corpo físico que tá aqui, essa carne que tá vestindo o meu espírito.
	A gente saber que a vida continua porque não é a única diferença é assim a gente tá aqui hoje né, nós estamos aqui na vida física com esse corpo físico o dia em que eu desencarnar que eu vê que meu espírito deixar esse corpo eu vou chegar no mundo espiritual do jeito que eu estou aqui agora.
	Então, eu acho que a única coisa que tem é uma relação do envelhecimento tranquilo, porque ate no desencarnar eu acredito que você terá consciência que você vai deixar o corpo
anos biológicos vão passando né, o espírito vai adquirindo sabedoria, então ele vai tendo mais vida. Dependendo da vida que eu tenho né, essa minha vida, pra futuras encarnações, vão ser de acordo com aquilo que eu venha a ser...	

Apêndice 16:

Categorias e termos constituintes	
Espiritismo	Como entendimento/significado para os fatos da vida:
	Espiritismo para mim foi com certeza bom para minha saúde, a confiança que eu tive de ficar sentada no leito, fiquei no CTI e tudo e dali eu tava pensando “ eu to sobre a guarda de bons espíritos”, pelo menos eu to tentando, eu confio em Deus, confio em meu protetores e se eu desencarnar agora eu tô indo numa condição muito melhor de antes de eu ter conhecido o espiritismo.
	O envelhecer é um estado natural de qualquer pessoa, nascer, viver, morrer, e renascer ainda, isso faz parte da nossa vida, todo ser, todo ser vive e morre, eu sei que a morte é a minha predestinação, não tem jeito, não vou fugir dela, não vou ficar nem pra semente, tá certo? Sei também que um dia se eu tiver mérito, eu vou voltar, eu vou reencarnar para continuar tentando apagar as chagas ruins do meu comportamento, das minhas atitudes, até buscar, né, o caminho da perfeição, todos nós temos direito a perfeição, Deus e Jesus mostrou isso pra gente, eu acho que ser espírita te dá uma chance de você saber envelhecer, é uma chance, eu acho que, não é que influencia, mas quando você lê, quando você compreende, eu acho que você adquiri algumas informações, alguns conhecimentos, que vão ser favoráveis ao seu envelhecimento.
	ela abre um campo assim mais amplo para nós olharmos com outros olhos cada momento da vida.
	Então, eu penso que muda por isso, porque é tudo muito claro,
	E também, assim, a gente que é espírita sabe disso, a gente acredita nisso, e isso fortalece muito a gente, sabe? Tá dentro de uma religião, mesmo que não seja espírita, ter fé em Deus, não achar que é a pior pessoa do mundo, que isso só acontece com você, não acontece com todo mundo! A pessoa tem que se conscientizar disso. Não importa, pode ser rico ou pobre, branco e preto que não vai adiantar, dinheiro nenhum vai salvar ninguém da idade, entendeu? Então tem que começar mais cedo a se cuidar.
	o que nos vemos é um afluxo muito grande de pessoas idosas ,não só pra o espiritismo,mas para todas as religiões,porque dentro dessa perspectiva que a pessoa acha assim né que to envelhecendo,as vezes tem duas vertentes,se que pode dizer vertentes,uma dizendo dizendo que vai pra um lado ,agora eu quero fazer alguma coisa para o meu próximo ,fazer o bem e o outro responder as grandes questões ,porque que eu to aqui,porque que vivo,o que to merecendo,eu vou morrer daqui a pouco,então eu vou,tenho que descobrir o que vai acontecer comigo depois ,se é que existe alguma coisa depois da minha morte.
	quando a gente entra ou quando eu entrei na doutrina espírita e comecei a ler muito, eu comecei a compreender por que é que algumas pessoas envelhecem e porque outras cedo demais desencarnam, eu não entendia
	Eu diria que o espiritismo pra mim é a linha norteadora da minha vida, é a minha âncora, entendeu? É... É o meu projeto, meu projeto como espírito eterna, um processo que eu sei que não vai acabar nunca, mas que quanto mais eu vou evoluindo mais feliz realmente eu vou ser.
	as pessoas se dedicam a uma religião,seja ela espírita,protestante,católica , o que for né,se ele conforme com aquilo que a religião ensina, a religião ensina coisas boas,isso ajuda a pessoa a envelhecer ,a entender o porque do envelhecimento, se conformar com o próprio envelhecimento ,isso ajuda na saúde da pessoa.
	No caso do espírita ,o espiritismo mostra pra nos que sendo o envelhecimento uma coisa natural,orgânica e que nos temos que aproveitar o tempo ,todas as fases da nossa existência já de maturidade ,pra ver o que a gente pode fazer pra ajudar ao próximo.Iso ajuda na questão da saúde também,na saúde mental, do espírito,o corpo repercute aquilo que vem da mente,por isso que o espiritismo ajuda a gente nesse sentido , as outras religiões de um modo geral ajudam também ,mas tem outros tipos de entendimento da coisa
	pra nós é tudo no sentido da pra nos o consolo, explicações para as coisas da vida, o porquê estamos aqui, o porquê existimos?De onde viemos?Para onde vamos? Porque sofreremos?Qual a finalidade da dor, essa coisa toda né e em tudo é a consolação e a esperança sempre de dias melhores, quer dizer que nós não morreremos, nós somos imortais, isso então é a felicidade que trás para nós,nós não estamos aqui jogados ao leão.
	Porque às vezes, geralmente os idosos que não tem assim uma religião, uma fé, uma coisa que goste, ficam deprimidos. Já sabe que dali, que depois de uma certa idade a ficha cai entendeu, não vai voltar mais, “Quê que adiantou tudo que fiz? Quê que adiantou tudo que acumulei?”. Aí começa a ficar doente, quando adoecer aí sim! Aí que a ficha cai mesmo, a gente vê isso.
	Ah, é tudo, eu acho que saúde, é alegria, explica tudo (...) me deu as resposta que eu sempre procurei.
	Ele, espiritismo, é uma ciência, uma religião, né? É... uma filosofia né. E nesse contexto ele me leva realmente, me responde né, os porquês da vida, e me direciona... como espírito mortal que eu sou. É um direcionamento de vida.
	Porque você vê, se você começa, você começa a estudar a doutrina ela traz tanto esclarecimento que isso ajuda você pouco a pouco a viver melhor, conhecer melhor
	Então o espiritismo para mim foi tudo, ter esse entendimento e ter toda essa clareza de ver as coisas
	conhecimento. Todas as perguntas que eu tinha eu encontrei no espiritismo. Tudo. Tranquilidade, paz, confiança, determinação, a fé raciocinada. Você raciocina e vê que tudo tem lógica. Não é aquela coisa repetida, que vem de geração em geração, quem tem que rezar isso Pai Nosso, Ave Maria, pá pá pá... rezar né, repetir. Oração, o que é oração né? Oração é uma coisa muito diferente, oração brota de dentro de você, é sua conversa com seu criador.
	A religião... no caso na nossa aqui, dá explicação. Porque através da doutrina eu fiquei sabendo de onde vinha, quem sou e pra onde vou
	Se eu tenho uma religião eu confio nessa religião e tudo aquilo que ela ensina para conduzir a minha vida
E ela ta passando aquilo ali e o que conforta ela é a confiança em Deus, é a religião dela, pode ser qualquer uma, porque qualquer religião ela vai te ensinar as coisas boas, as coisas do bem e ficando junto dela você pode enfrentar e você pode ta bem, né.	
trouxo para mim uma realidade diferente, ve que eu posso fazer as coisas, se eu não posso sozinho eu posso através do grupo, do meu irmão fazer alguma coisa, se aquele irmão não me ajudar outro vira me ajudar.	
minha vida mudou, mudou completamente; compreensão de tudo, do que eu fui, do que eu fiz, meus erros, meus acertos.	
Com certeza, eu ja tive um câncer, entendeu. Eu vejo que aquilo foi uma prova, um momento de experiência para passar, parar, refletir, repensar na minha vida e mudar. Tive inúmeras oportunidades depois que eu fiquei bem né, e eu to boa, trabalhando e eu sempre vejo naquele pedaço da minha vida que eu sempre tenho um aprendizado, que ali em parei, refleti, me deu oportunidade de vida e eu fui buscar mais coisas para mim fazer, dentro da minhas limitações, claro	
Então, a religião ela te ajuda a entender que nada acontece por acaso. Que há uma força superior que rege tudo isso. Não cai uma folha sem que Deus não queira.	
É luz, é luz na minha caminhada. Não vejo nada sem primeiro pensar, tudo, tudo, fazer tudo que eu penso, tudo que faço mesmo que faça sem pensar eu volto atrás “não, dentro da doutrina é isso. Não cabe dentro da doutrina.” Então é luz pra mim, é luz na minha vida, nas minhas decisões, tudo.	

Apêndice 17:

Categorias e termos constituintes	
Espiritismo	Segundo sua relação com o envelhecimento:
	Então eu vou fazer assim, a religião vai influenciar eu ter a melhor saúde, pra eu ter equilíbrio emocional, por eu aceitar melhor as situações da vida, não é? E essa aceitação, eu tendo a vida mais equilibrada, e eu adoecendo menos, o meu processo de envelhecimento também vai ser mais lento, eu vou demorar mais a envelhecer(...)
	que a religião vai influenciar, porque eu vou levar uma vida mais saudável, mais equilibrada, vai ser serena, minha mente vai ser serena, porque se sou uma pessoa que acredita em Deus, e tem serenidade íntima, porque eu aceito a vida com mais facilidade, não me rebelo contra o que acontece, tem uma justificativa lógica, eu busco entender, consigo e continuo vivendo, e me preocupo muito em ajudar as pessoas, fazendo trabalho voluntário, na nossa faixa de idade, é muito útil, é muito bom.
	envelhecimento são vários fatores, né? Hereditários, fatores genéticos, fatores, é... até no temperamento da pessoa, no biótipo, tem tantas coisas que vão influenciar também no envelhecimento, até de vidas passadas, do comprometimento na área é de... afetar na nossa saúde, o perispírito já vem programado, o que a gente vai ter, mas em relação com a maneira que eu vou viver
	desenvolver a espiritualidade é mais importante, porque, você vai viver desde cedo sempre lembrando que você é um espírito imortal, que você tem que se cuidar, que tem que se preocupar mais com as coisas espirituais do que com as coisas na Terra, você vai trabalhar, vai estudar, desenvolver suas atividades na Terra normalmente (...)mas nunca esquecendo que você tem também que desenvolver os valores espirituais, os valores morais, dar mais valor a isso do que ao dinheiro, às coisas materiais, a status, a notoriedade, o que dá felicidade e equilíbrio ao ser humano, é justamente o sentido da espiritualidade, essas coisas que a gente não compra, na Terra, e sim aquilo que a gente conquista através do desenvolvimento moral.
	Eu não era espírita quando jovem, era católico, e nunca alguém me tinha passado uma mensagem diferente sobre velhice, hoje como espírita leio muito, conheço muito, e percebo que a velhice é um estado de espírito, antes não, eu via as pessoas reclamando, com dificuldades de andar, reclamando de dor, reclamando de doença, reclamando que tudo tava ruim, aí eu tinha medo da velhice, quando eu mudei, que eu fui pra a doutrina espírita, e eu comecei a entender diferente a vida como ela é, por que que a gente chega a longevidade, que depende muito do seu processo de reencarnação
	Então eu acho que se você consegue aplicar aquilo que a doutrina espírita sugere como recursos de crescimento espiritual você, fatalmente terá um aproveitamento do tempo muito bom e a velhice será fatalmente muito boa
	Porque a gente envelhece feliz, normal. Sabendo que é normal pra todo mundo e que não precisa envelhecer choramingando, aqueles velhos enjoados só reclamando da vida, reclamando de dor, reclamando da vida. Tem que ter consciência que não adianta, isso só vai piorar. Porque quando você não tá bem, a sua dor aumenta. Você sabe disso, qualquer um sabe disso. Se você tá sentindo alguma coisa e você tá carrancudo, com raiva do mundo, a dor piora. Se você tá tranquilo, você relaxa e a dor alivia. Então pra mim tem tudo haver.
	você tá ficando velho, o que você pode fazer quanto a isso, a não ser aceitar? Você vai revoltar? Você vai fazer operação plástica? Vai procurar a fonte da juventude? Tem lógica? Não tem. Então que você tem que fazer? Conscientizar, saber o porquê, e aceitar.
	Como a vivência de preceitos religiosos espíritas:
	O evangelho de Jesus dita pra nós as normas de vida, ser cristão é isso, é buscar em Jesus o espelho para você também ter um bom comportamento (...) se a gente fizer o mínimo daquele comportamento, daquelas ideias que ele pregou, eu acho que nós estamos sendo cristãos, pra mim ser espírita é ser cristão.
	Não adianta ter beleza, ter juventude, ter uma saúde boa se eu não coloco em prática esse exercício do bem, que aí eu já comecei a fazer o mal, quando eu deixo de fazer o bem que eu já posso fazer eu já to fazendo o mal.
	Então a doutrina nos ensina isso a compartilhar, a amar o próximo como a nós mesmo. Eu só posso ser feliz quando o meu próximo também é feliz.
	Com certeza, quem é espírita verdadeiro, não fica triste com aquilo que está sofrendo, pelo contrário, saber sofrer faz parte, vamos dizer assim, da nossa compreensão, do nosso entendimento.
	É buscar uma renovação constante. Trazemos muito dentro de nós o homem velho.
acho que ser espírita pra mim é isso, é buscar essa identificação com Cristo e proceder no mínimo como ele nos ensinou.	
Sociabilidade pela religião:	
te dá mais segurança para você envelhecer melhor e aqui na casa, na nossa casa, nós nos preocupamos muito com essa parte tanto que nós temos um grupo, o grupo da terceira idade e é esse relacionamento com as pessoas mais profissionais para conversar exatamente com essas pessoas que estão envelhecendo e elas vem e participam, isso tudo	
eu me sentindo bem eu quero passar pra outro. Como é que eu vou ajudar outra pessoa? Agente aqui tem muito tipo de atendimento, e não só aqui, em outras casas que eu vou também, é o atendimento a carente, trabalho de passe, isso é um trabalho de doação, e nisso acontece tanta coisa boa. Você tem a oportunidade de ajudar a pessoa, até as vezes sem a pessoa saber, entendeu? Agente percebe muita coisa, mas a pessoa muitas vezes nem sabe que tá recebendo aquilo tudo. Agente fica feliz.	
A me conhecer, a conviver com as pessoas, a conviver com o meio, a conviver com a sociedade, a conviver com o todo.	

Apêndice 18:

Categorias e termos constituintes	
Espiritismo	Mudança de comportamento:
	Viver normalmente porque nós estamos numa sociedade, a gente tá aqui nesse mundo material e Deus não quer que a gente esculache com a vida da gente, se arrebenta de comer, se arrebenta de beber, não é assim não! Porque aí também é lógico que vai antes né e vai aparecer as doença antes. Aí tem gente que fala “Eu nunca fumei, minha mãe nunca fumou e morreu com enfisema pulmonar” sabe? Mas a gente acredita na vida anterior, então na vida anterior, eu não sei se ela não fumou, entendeu? Então vem tudo no perispírito, na alma, sabe? Vem tudo gravado, tudo que ela fez. Então o corpo vai espisar aquilo pra ela, entendeu? Então, aí essas pessoas que não é espírita não entende. Como eu acredito, eu entendo, fica mais fácil pra gente que entende, entendeu?
	É exatamente nas minhas atitudes e comportamentos, por exemplo, eu através do espiritismo eu aceitei ,entendi a importância de você buscar afastar de vícios, eu era uma pessoa que ingeria bebida alcoólica, mas a partir dos ensinamentos do espiritismo, eu vi que você procurar se afastar dos vícios.
	Eu tenho certeza que isso daí é algo que me propiciou uma saúde melhor, passei a não ver muito sentido em algumas coisa que antigamente pra mim eram importante, passei a me recolher um pouco mais, já não vejo tanta importância em ficar ate altas horas, fazendo determinadas coisas, porque isso não me completa mais,então isso é importante pra minha vida. Horários mais disciplinados pra fazer minhas tarefas, não me envolvo em noitadas, tudo isso é benéfico para minha saúde.
	Então, por exemplo, normalmente a pessoa que tem uma fé religiosa ela não vai ter tantos vícios, ela não vai dá tanto valor a determinados comportamento que muitas vezes com o decorrer do tempo aquilo vai prejudicar a sua saúde, a sua qualidade de vida.
	Segundo sua relação com a saúde:
	além disso eu tenho os recursos espíritas, como a fluidoterapia, tratamentos alternativos, dentro da própria casa espírita, que nos dá esse equilíbrio né, do nosso psiquismo, restaura as forças físicas e também espirituais, e ajudam muito nesse processo de equilíbrio físico, e eu equilibrando minha mente, meu espírito estando bem, serenamente tranquilo, eu vou me levantar melhor, dormir melhor, eu oro a noite, eu nunca tive insônia, nunca tomei remédio pra dormir, tudo por causa do espiritismo, por ser espírita...
	a vivência da doutrina espírita me faz um espírito saudável e, conseqüentemente, o corpo será tão saudável quanto permite a matéria, que se transforma, não é? Ao longo dos anos. Então a relação que eu faço é essa né, é como se a doutrina espírita fosse um roteiro, o corpo fosse um instrumento e a saúde desse corpo a consequência de você seguir esse roteiro.
	Não só no termo de aperfeiçoamento mental, espiritual, mas... Assistências fisioterápicas né? Os passes, essa energia né? Que a gente vai tentando também absorver, sabe? É... Enfim, esses recursos espíritas que estão aí, a prece né, a valorização da prece que, eu acho que é isso aí que tem me feito entender o que seja saúde e envelhecimento.
	Eu peço, eu tomo água fluida com remedinho, mesmo de noite quando eu tô tranqüilinha eu peço ao nosso mentor espiritual, eu peço muito a ele, sabe. O irmão Benedito, eu peço “O irmão Benedito eu preciso do meu pezinho amanhã” e alivia. Eu durmo a noite inteira e eu sinto, as vezes, parece que tem alguma coisa puxando o meu pé. (risos) Não ri não!
	Então espiritismo é isso, é esperança de você a cada dia melhorar mais e poder ajudar também, porque no espiritismo você tem aquela obrigação de você sorrir, não é obrigação, você sabe porque você do sorriso, o abraço... você ajuda em tudo o outro, o irmão né, o ser humano.
	Acredito que um dos grandes males que no fundo acabam com a nossa saúde: a mágoa, o rancor, os sentimentos negativos. Você começa a trabalhar tudo isso e a doutrina te ensina a trabalhar isso com uma forma muito prazerosa e você passa a ter uma qualidade de vida melhor. É claro que nem tudo você busca na doutrina. A ciência e a medicina te dá meios, de uma alimentação, de exercícios, de lazer melhor
	Antes (de ser espírita) eu ficava aflita, assustada com qualquer coisa que eu sentia, eu achava que eu ia passar mal, que eu ia desmaiar, eu ficava quase que incontrolada quando eu sentia algum mal, porque a gente sente alguma coisa de mal estar, alguma indisposição já ficava com medo, aí a coisa piora, você fica com ansiedade, com medo, aí piora e a gente pensa “ai meu Deus, será que eu já vou morrer de uma vez?” Ai morre antes da hora se bobear.
	Porque através da tranqüilidade que eu adquiri meu organismo vai funcionar muito melhor. Porque eu estou em harmonia com o universo, por assim dizer. E você estando em harmonia, tudo corre bem. Suas células reproduzem normalmente.
nós temos na doutrina espírita, nós temos um ensinamento, até de... dos filósofos, tudo né... que nós precisamos nos conhecer, aprender a nos conhecer, saber quem somos nós, cada um, e aí com isso agente consegue então manter o equilíbrio de si e tudo, e com isso agente vai ter com certeza mais saúde física.	
A pessoa saudável tem um equilíbrio independentemente da religião, um equilíbrio do ponto de vista psico-físico na conduta, no relacionamento com o próximo dentro da daquelas palavras de Jesus, Amar a Deus sobre todas as coisas e o próximo como a si mesmo, isso aí é o preceito de felicidade que Cristo Jesus aí fala pra nós né.	