

O GRUPO DE MOVIMENTO
E O BEM-ESTAR SUBJETIVO NA VELHICE:
UM ESTUDO DE CASO COM IDOSOS DE CASTELO-ES

MARIA DOLORES PINHEIRO DE SOUZA

Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde
Pública da Universidade São Paulo para
obtenção do Grau de Mestre.

Área de concentração: Saúde Materno-Infantil

ORIENTADOR: PROF. DR. ALBERTO OLAVO
ADVÍNCULA REIS

São Paulo
2005

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Ass.:

25/02/2005

Hoje o tempo voa amor
Escorre pelas mãos
Mesmo sem se sentir
Que não há tempo que volte, amor
Vamos viver tudo o que há pra viver
Vamos nos permitir.

Lulu Santos

Aos participantes do grupo de movimento de Castelo e ao seu coordenador, Carlos Antônio dos Santos.

Ao meu filho Thomás Pinheiro Ceschin.

AGRADECIMENTOS

Aos que concorreram de forma direta para a construção deste estudo e minha formação acadêmica, Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis, meu orientador, Prof. Dr. Paulo Albertini e Prof^a. Dr^a. Alice Moreira Derntl, membros da banca examinadora;

Ao brilhante colega Ricardo Rego, pela generosidade em compartilhar comigo seus conhecimentos;

Aos meus familiares, que são exemplos de coragem e luta na busca de seus ideais;

Aos meus grandes amigos, Antonio Aristides, Tutuca, Fátima, Ivanda , João, Josemar, Regina Lucia, Ruth e Silvinha, pelo amor e carinho compartilhados;

Aos que, com afeto, compreensão e generosidade, fizeram meus dias, na *terra da garoa*, aquecidos e alegres, Heron , Ricardo e Joaquim;

A Maria Beatriz, Aderbal, Bianca, Renata e Bruno, à família do meu filho nas muitas horas de minha ausência;

Aos colegas da FAESA, pela solidariedade e amparo;

A Iara e Leandro, pelo suporte e descontração nos momentos difíceis;

Ao meu companheiro e mestre, Elizeu, pela paciência, dedicação e tudo que representou nosso reencontro nesta etapa de minha vida.

VALEU!

RESUMO

Souza MDP. **O Grupo de Movimento e o bem-estar subjetivo na velhice: um estudo de caso com idosos de Castelo-ES**. São Paulo; 2004. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

O envelhecimento populacional vem produzindo mudanças nas ações de saúde, incluindo as da Saúde Pública. Cresce o número de pessoas que reconhecem a possibilidade de uma velhice bem-sucedida e destacam o potencial dessa fase da vida. Cada vez mais, governos, profissionais e pesquisadores acreditam que o viver mais deveria estar associado à manutenção da autonomia, da auto-estima e da participação sócio-política, fatores essenciais para a qualidade de vida e o bem-estar. Inserido nesta tendência, este estudo teve como objetivo verificar se a experiência participativa dos idosos no Grupo de Movimento (G.M.) – uma técnica de intervenção corporal, baseada em princípios reichianos – concorreu positivamente para a melhoria do seu bem-estar subjetivo, tendo participado desse estudo 18 idosos do Município de Castelo – ES, que freqüentaram sessões de G.M. Para a coleta dos dados foram organizados dois grupos focais, nos quais os participantes relataram suas experiências, enfatizando mudanças físicas, relacionais e de humor correlacionadas às atividades grupais. Os dados foram tratados com a técnica qualitativa de análise do discurso do sujeito coletivo (DSC), nos quais foram identificadas categorias analíticas, segundo o modelo do bem-estar subjetivo proposto por Ryff: auto-aceitação, relações positivas com os outros, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal. Os resultados indicam que (1) o G.M. favoreceu as relações interpessoais e promoveu mudanças, (2) as quais são percebidas pelas famílias dos idosos e (3) houve melhora nas condições físicas e de humor dos participantes. Em geral, o G. M. influenciou positivamente no senso de bem-estar daqueles idosos.

Descritores: Grupo de Movimento. Envelhecimento. Bem-Estar Subjetivo. Reich.

ABSTRACT

Souza MDP. **O Grupo de Movimento e o bem-estar subjetivo na velhice: um estudo de caso com idosos de Castelo-ES.** [The Grupo de Movimento end the subjective well-being in the elderly: a case study with Castelo's old peoples] São Paulo; 2004. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

The aging of the population has been producing changes in health actions, including those ones carried out by Public Health Services. There has been a growing number of people who recognizes the possibility of successful aging and emphasize the potential of this life phase. More and more, governments, professionals and researchers believe that having a longer life should be associated to maintenance of autonomy, self-esteem, and social-political participation – essential factors for getting life quality and well-being. This study is inserted in this trend and it aims at verifying if the participative experience of elderly people in *Grupo de Movimento* (G. M.) – a technique of body intervention based on Reichian principles – improved their subjective well-being. 18 elderly people who live in Castelo – ES participated in the study attending G. M. sessions. To collect data, two focal groups were organized with the partakers in which they reported their experiences, focusing physical, relational, and mood changes in connection with the participation in these group activities. Data were dealt with according to a *collective subject discourse* technique (DSC). Each DSC analytic category was identified, according to Ryff's subjective well-being model: self-acceptance, positive relationships with others, autonomy, environmental mastery, purpose in life, and personal growth. Results indicated that 1) G.M. favored interpersonal relationships and promoted changes, 2) elderly person's families recognized those changes, and 3) there were improvements in the participants' physical and mood conditions. In general, G.M. has positively influenced the participants' sense of well-being.

Descriptors: Grupo de Movimento. Elderly. Subjective Well-being. Reich.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	08
CAPÍTULO 1: OLHARES SOBRE A VELHICE	15
1. 1 - A Saúde Integral e Sua Promoção	15
1. 2 - O Olhar da Saúde Pública	20
1. 3 - O Corpo Idoso	23
1. 4 - Os Olhares da Psicologia do Desenvolvimento	28
CAPÍTULO 2: QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR SUBJETIVO NA VELHICE	35
2. 1 - A Qualidade de Vida	35
2. 2 - O Bem-Estar Subjetivo na Velhice	40
CAPÍTULO 3: GRUPO DE MOVIMENTO	46
3. 1 - Suportes Teóricos	46
3. 1. 1 - Wilhelm Reich (1897-1957)	46
3. 1. 2 - Alexander Lowen (1910 - ____)	55
3. 2 - A Técnica de Grupo de Movimento	58
3. 3 - O Grupo de Movimento de Castelo	63
3. 3. 1 - Grupo Básico	66
3. 3. 2 - Fases do Grupo	68
CAPÍTULO 4: MÉTODO	73
4. 1 - Natureza da Pesquisa	73
4. 2 - Objetivo	74
4. 3 - Local da Pesquisa	74
4. 4 - População	75
4. 5 - Características Gerais dos Participantes	75
4. 6 - Instrumento da Pesquisa	75
4. 7 - Procedimentos de Coleta de Dados	77
4. 7. 1 - Formação de Sub-grupos	77
4. 7. 2 - Aplicação do Grupo Focal	78
4. 7. 3 - Os Debates dos Grupos	78
4. 8 - Análise dos Dados	79
	83

CAPÍTULO 5: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

5. 1 - Movimentando Relações Positivas	83
5. 2 - Movimentando o Corpo	91
5. 3 - Movimentando o Humor	95
5. 4 - Manifestações de Bem-estar Subjetivo	103
CONCLUSÃO	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	116
ANEXOS	124

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos temos assistido a um rápido crescimento da população idosa em nível mundial. Este fenômeno é principalmente visível nos países em desenvolvimento, como por exemplo, o Brasil, onde tem acontecido uma acelerada modificação na antiga estrutura da pirâmide etária, que apresentava uma quantidade elevadíssima da população jovem em relação à adulta, e dessa em relação à idosa (RAUTH e RODRIGUES, 2002).

Afetada por este contexto sócio-histórico, a Organização Mundial de Saúde (OMS) chamou a atenção para a profunda transformação demográfica que vem ocorrendo no mundo em função da queda da natalidade, da redução da mortalidade infantil e do aumento na expectativa de vida - em grande parte, gerada pelos avanços científicos e tecnológicos que têm garantido diagnosticar, prevenir e curar doenças, até então, letais - apontado-a como principal desencadeadora de um processo de envelhecimento populacional.

Seja como for, este fenômeno demográfico já fora identificado desde o final da década de 80. Estudos epidemiológicos realizados por RAMOS, VARGAS e KALACHE (1987) indicaram que, principalmente em países de terceiro mundo, haveria um aumento do número de idosos, os quais deixariam de ser a minoria da população e passariam a representar uma parcela significativa da sociedade, gerando outras transformações de ordem política, cultural e sócio-econômica.

Logo em seguida, em 1992, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS/OMS/ONU) projetou que o Brasil seria a sexta maior nação em número de idosos em 2025. Esta tendência de crescimento vem sendo confirmada, se avaliarmos os números do censo demográfico de 2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que indicou que o índice de envelhecimento passou de 10,48 em 1980 para 19,77 no ano em questão. A idade de 60 anos foi usada no censo como um marco que, apesar de arbitrário, tem determinado a localização dos indivíduos nos dados do envelhecimento.

Essa modificação no quadro demográfico tem também aumentado a visibilidade social desse segmento populacional: as pessoas idosas são hoje público alvo de produtos a serem vendidos, de costumes a serem discutidos, de

preconceitos a serem superados e de afetos familiares a serem conquistados. Os idosos também são alvos das investigações científicas e objetos das políticas públicas. Cresce igualmente a necessidade de se compreender e atuar sobre tal fenômeno e suas implicações, enfatizando a melhoria das condições de existência de tal população. Desta maneira, busca-se contemplar o conjunto do bem-estar na velhice, tendo em vista a interação de fatores físicos, psíquicos, sociais e ambientais, de modo a colaborar para a saúde integral do idoso, promovendo sua auto-estima, autonomia e participação na vida social e política.

Como é possível constatar, essa tendência deriva de um contexto sócio-histórico específico. NERI e FREIRE (2000) resumiram esse contexto em certos fatores que podem estar relacionados com a busca crescente pela promoção da boa qualidade de vida e bem-estar do idoso na atualidade:

- (a) o aumento significativo dessa população, tornando-se um alvo visível e potencial a ser conquistado pelo mercado consumidor;
- (b) o interesse do Estado em manter esta população saudável, o maior tempo possível, diminuindo o seu ônus;
- (c) os avanços farmacológicos, clínicos, cirúrgicos e estéticos que garantem a melhoria para a vida, assim como a manutenção dos negócios relacionados à saúde e bem-estar em nível global;
- (d) a abertura das universidades a tal população;
- (e) a ciência, que possui “a meta de descrever e explicar a velhice e o envelhecimento pela ótica de uma ampla variedade de campos disciplinares” (op. cit. p.15).

Seguindo essa mesma direção, pesquisas realizadas com idosos indicam que o viver bem a velhice pode/deve estar associado ao sentimento de utilidade do velho e que a possibilidade de exercer “(...) atividades adequadas às suas potencialidades é um direito que deve ser assegurado (...) pelo conjunto da sociedade e uma alternativa para redução real da dependência” (CHAIMOWICZ, 1998 p.79-80) – condição negativa que parece afligir esse grupo etário, seus familiares, os dirigentes de políticas públicas e profissionais de saúde. Tais objetivos se atrelam à definição de saúde proposta pela ONU (1946) na qual a saúde passa a ser compreendida como um estado resultante de um conjunto de fatores de ordem política, social, econômica, ambiental, comportamental e biológica. A ordem atual é a promoção da qualidade de vida que inclui, necessariamente, a garantia da autonomia e exercício da cidadania na velhice.

Nesse cenário em construção, o idoso passa a ser visto como pró-ativo e importante agente de transformação de sua realidade. Desta forma, a noção de envelhecimento se opõe à visão tradicional que vincula velhice à doença e impotência. Esta mudança de foco sobre o envelhecimento caminha no sentido da superação do enfoque patológico atribuído à velhice por muitos autores.

Este estudo também reflete esta tendência ao ter a velhice e o seu bem-estar como tema. O pressuposto básico defendido nas páginas que se seguem pode ser assim enunciado: o senso de bem-estar é um dos determinantes do “envelhecimento bem sucedido (que) é uma qualidade do intercâmbio entre as mudanças pessoais e sociais sobre o curso de toda uma vida, mas especialmente dos últimos anos da vida da pessoa” (FEATHERMAN, SMITH e PETERSON, 1999 p.50). Tal pressuposto se insere nas tendências atuais dos estudos sobre o envelhecimento, que buscam responder quais seriam as formas e condições para se viver bem a velhice.

A concepção que utilizamos neste estudo, também caminha pelo entendimento da velhice enquanto processo ao longo de todo o curso de vida. Nesse sentido, compartilha da idéia de muitos autores, como CHOPRA (1994), SIMÕES (1994), DE LEO (1998) e MCMURDO (2000), para os quais o envelhecimento é visto como mais uma etapa do ciclo vital e que, dependendo de fatores múltiplos (genéticos, culturais, históricos, ...), pode ser melhor ou pior vivido. Este modo de pensar torna pertinente a discussão da possibilidade de haver um processo de envelhecimento “normal” ou “bem sucedido” (BALTES e BALTES, 1990, ROWE e KAHN, 1998).

No exercício da profissão de Psicólogo tivemos a oportunidade de vivenciarmos de perto esse olhar sobre o envelhecimento. Isso se deu a partir da realização de uma experiência com um grupo de idosos do município de Castelo-ES, no ano de 1999, através de um projeto, chamado “Corpo e Saúde na Terceira Idade”, que teve a duração de cinco meses e que muitas inquietações provocou.

Para a efetivação deste trabalho, depois de realizado um aprofundamento teórico sobre o tema¹, selecionamos uma abordagem que envolvesse as

¹ Com o desenvolver das atividades relacionadas ao projeto, ficou claro a necessidade de buscarmos um aprofundamento teórico sobre o tema do envelhecimento que nos possibilitasse conhecer outras

pessoas em grupo, o Grupo de Movimento - visto ser uma proposta que viabiliza o diálogo e permite pensar as relações intrapessoal e interpessoais – a partir do qual constatamos que a incapacidade de realizar objetivos muito tem a ver com as questões de ordem sociais e subjetivas.

A técnica de Grupo de Movimento vem sendo empregada como recurso facilitador no processo de mudanças positivas, sendo que GAMA e REGO (1984 p. 18-19) destacam seus aspectos: terapêutico-curativo, psico-profilático, pedagógico e social. Outra importante conquista obtida a partir desta ferramenta de intervenção é mencionada por SOFIATI (1993), que destaca o caráter de desalienação e impulsionador de mudanças nas subjetividades dos indivíduos envolvidos nos Grupos de Movimento, assim como FAVRE (1995) ressalta aspectos processuais positivos relacionados ao constante dismantelamento e reconstrução de formas corporais e existenciais, que são possibilitados por esse processo de intervenção.

Durante a aplicação do grupo de movimento em Castelo, identificamos um grupo participativo que respondia muito bem aos estímulos oferecidos, a ponto de percebermos mudanças em seus corpos (flexibilidade, fluxo respiratório, energia, dentre outras), humor (alegria e ânimo) e nas interações interpessoais (expressão dos sentimentos, receptividade e limites), confirmando a idéia de que a velhice pode ser uma fase de expansão e transformações positivas, (SOUZA, 2000).

Também foi possível observar nessa trajetória comportamentos que indicavam uma melhoria na auto-estima por parte dos idosos (melhoria no autocuidado e expressões de auto-elogios), de modo que fomos percebendo a capacidade de mudança e de realização desse público. Constatamos que o trabalho desenvolvido com o Grupo de Movimento, através de movimentos corporais possibilitou que, os idosos que participavam do projeto, tomassem consciência de sua mobilidade e corporeidade, promovendo mudanças de ordem física e relacionais.

O encerramento do projeto deixou a sensação de termos obtido resultados positivos que precisariam ser melhor investigados a partir das teorias do processo

formas de pensar o fenômeno, diversas do enfoque patológico, constantemente, utilizado por aqueles que trabalham com a área. A solução para esta dificuldade foi encontrada com a efetivação de uma especialização em Gerontologia Social, realizada na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

de envelhecimento atuais. A intervenção produziu mudanças corporais que geraram questões de pesquisa. Por exemplo, de que forma essas mudanças se relacionam a aspectos como auto-estima, auto-imagem e bem-estar?

A partir daí o que se apresentou como merecedor de atenção foi a possibilidade de se conhecer como as possíveis transformações na corporeidade dos envolvidos se refletiam nas relações cotidianas e no seu senso de bem-estar. Desta forma elaboramos o projeto de pesquisa que gerou esta dissertação. A pesquisa teve a seguinte questão norteadora: **“Os grupos de movimento vêm contribuindo para a promoção do bem-estar subjetivo nos idosos participantes dos grupos de Castelo?”**.

Para responder a esta pergunta iniciamos uma análise da bibliografia sobre o tema envelhecimento. Em geral, a bibliografia evidencia que é preciso buscar novos critérios e finalidades para intervenções na saúde da população idosa. NERI (1993), por exemplo, afirma que a elevada auto-estima, a autonomia, a participação social e política são aspectos essenciais para o bem-estar na velhice. Portanto, é primordial que investiguemos “as condições que permitem uma boa qualidade de vida, de forma a compreender o envelhecimento, suas potencialidades e seus limites” (p. 27).

O presente estudo é um exemplo deste tipo de investigação, na medida em que discute a influência da técnica corporal chamada Grupo de Movimento (G.M.) sobre a dimensão *bem-estar subjetivo* da qualidade de vida na velhice (conceitos apresentados no Capítulo 1), no qual a técnica do G. M. – descrita no Capítulo 3 – tem como objetivo possibilitar ao idoso a tomada de consciência de si mesmo, por meio de trabalhos com a sua corporeidade, no sentido da exploração de seus limites e possibilidades (portanto compartilha com preocupação de NERI citada no parágrafo anterior).

Em outras palavras, este estudo segue a tendência atual dos estudos do desenvolvimento humano ao integrar o sentir, o pensar e o agir e seus determinantes no entendimento do bem-estar e da qualidade de vida na velhice. Defendemos que a técnica escolhida insere-se nas ações de *promoção da saúde*, uma vez que favorece a construção de novas formas de vida que incluem novos relacionamentos consigo mesmo, com os outros e com demais aspectos do seu ambiente, na busca da tão referida e almejada *autonomia* na velhice.

Partindo das experiências dos idosos no Grupo de Movimento de Castelo (ES), este trabalho tem como **objetivo** identificar em seus relatos verbais descrições que indiquem manifestações de bem-estar subjetivo na velhice (RYFF, 1991) e estabelecer relações entre essas e a técnica do Grupo de Movimento.

De modo a facilitar a apresentação e compreensão da temática e da resposta ao problema da pesquisa, elaboramos a seguinte organização desta dissertação:

- o Capítulo 1 apresenta uma revisão dos múltiplos olhares sobre a velhice e o corpo velho, focalizada na mudança do paradigma da saúde e da sua promoção. Aborda os impactos dessa mudança na Saúde Pública e na Psicologia do Desenvolvimento com destaque para a teoria Life Span (BALTES e BALTES, 1990)
- o Capítulo 2 discute as duas dimensões do processo de envelhecimento que subsidia a discussão dos dados da pesquisa a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo na velhice. O objetivo do capítulo é apresentar a polêmica conceitual na delimitação destes conceitos;
- o Capítulo 3 descreve a experiência dos idosos vivenciada nos Grupos de Movimento de Castelo, ES., a técnica de Grupo de Movimento e seus suportes teóricos, baseados nos conceitos propostos por Wilhelm Reich e Alexander Lowen;
- o Capítulo 4 apresenta o método adotado na investigação, os aspectos constituintes dos participantes, os instrumentos da coleta de dados e os procedimentos para a análise dos mesmos;
- o Capítulo 5 apresenta e discute os dados emergentes dos discursos dos idosos. Os dados foram subdivididos em três grandes grupos inter-relacionados: as relações positivas (referente às relações estabelecidas entre os idosos, entre os idosos e suas famílias e deles com o coordenador do grupo), o corpo (referente às mudanças observadas pelos idosos em seu corpo e desempenho corporal) e o humor (alegria, satisfação, vitalidade e depressão) dos participantes. Esses discursos foram analisados e neles destacadas as manifestações de bem-estar subjetivo a partir das categorias propostas por RYFF (1998) numa perspectiva de envelhecimento saudável.

Pretendemos que o material aqui desenvolvido sobre o tema *Grupo de Movimento e bem-estar subjetivo na velhice*, amplie as possibilidades da utilização da técnica e crie subsídios teóricos e metodológicos para as áreas do conhecimento que trabalham a temática do envelhecimento, com destaque para a Gerontologia e Psicoterapias Corporais. Esperamos que tais subsídios possam concorrer, efetivamente, para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. Tal perspectiva possibilitou ainda desvincular o envelhecimento da abordagem patológica, pela qual, enquanto resultado de tal modo de pensar, a população idosa acaba sofrendo os efeitos da discriminação, ao ser colocada à margem de suas necessidades e escolhas.

CAPÍTULO 1

OLHARES SOBRE A VELHICE

É possível dizer que, atualmente, existem diferentes formas de compreender a velhice e que dão matizes peculiares à descrição e à vivência do processo de envelhecimento. Isso equivale a dizer que o processo produtor da velhice, das mudanças corporais e da interação com o ambiente durante esta fase da vida humana pode ser analisado e vivenciado sob diferentes olhares. As mudanças contextuais elencadas na Introdução deste trabalho apontam algumas das razões pelas quais a velhice passou a ser rediscutida; a operacionalização de conceitos como autonomia, qualidade de vida, bem-estar subjetivo e promoção de saúde, por exemplo, tiveram um importante papel neste processo histórico.

O objetivo deste capítulo é apresentar o movimento que acompanhou estas mudanças, alterando a concepção de saúde e o foco da atenção à saúde da população em geral e da população idosa em particular. A importância dessa análise se justifica a partir da consideração de que a mudança no conceito de saúde ser uma marca da concepção atual do processo de envelhecimento, defendida neste trabalho. Será apresentado o modo como a Saúde Pública e a Psicologia do Desenvolvimento foram afetadas por esse novo modo de compreender a saúde e que, conseqüentemente, provocou mudanças nas abordagens sobre o envelhecimento da população.

1.1 - A Saúde Integral e Sua Promoção

Quando buscamos informações a respeito dos temas saúde e saúde na velhice, vemos que eles vêm sendo trabalhados em nossa sociedade a partir de duas vertentes principais: a visão biomédica e a visão integral, ambas com princípios teóricos próprios que as orientam no lidar com o indivíduo e suas necessidades, assim como na escolha de práticas de intervenção que condizem com as prioridades apontadas por cada abordagem.

No caso do Ocidente, CAMARGO JR. (1997 p.45) nos informa que a visão de saúde e doença, suas causas e modos de lidar com a mesma, ficaram, por muito tempo, restritos aos contornos da medicina biomédica², a qual é "(...) vinculada às ideias da mecânica clássica e trabalha com o isolamento das partes constituintes de um conjunto mecânico, reintegrados posteriormente neste conjunto inicial, inter-relacionado sob lógicas mecânicas". Dentro desta lógica, o corpo é visto como um conjunto mecânico formado por sistemas interdependentes (respiratório, digestivo, circulatório, etc.), os quais devem ser isolados em especialidades e tratáveis via conceitos generalizados (tomados como leis explicativas). Em síntese, as produções teóricas de tal abordagem tentam produzir discursos com validade universal, a partir de modelos e leis gerais que condensem princípios mecanicistas de causalidade linear, para tanto, isolam as partes do todo e as compreendem como uma soma.

O entendimento de saúde para este modo de pensar o corpo e seu funcionamento advém de uma oposição à doença, ou seja, à ausência de enfermidades biológicas. Ao considerar a antítese da doença como a referência de um ser saudável, a visão biomédica dirige ações específicas ao tratamento das patologias, desconsiderando aspectos subjetivos ou sociais e restringindo ao corpo biológico a sua intervenção ao corpo biológico.(op.cit., 1997)

A visão integral, por sua vez, entende a saúde como um fenômeno multideterminado, relacionando-a ao modelo de organização da sociedade. Nessa abordagem podemos perceber uma recuperação do caráter histórico da doença, ao considerar a existência de um vínculo entre aspectos sociais e biológicos. A saúde é compreendida como um processo que vivifica a forma como o homem relaciona-se com seu meio, num dado momento histórico e em diferentes formas de organização social. Pensando desta forma, o binômio saúde-doença, certamente, estaria atrelado aos processos da biologia humana e, também, em mesmo grau de importância, ao estilo de vida, sistemas e serviços de saúde, numa relação de interdependência ou de integridade. (CAMARGO JR.1997; SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

² Por medicina biomédica entende-se a visão da Medicina Ocidental, contemporânea e convencional ou Biomedicina, como também é conhecida. Essa denominação reflete a ligação desta abordagem com os conhecimentos produzidos em disciplinas científicas do campo da biologia.

Desde os anos 70 e 80 este paradigma vem conquistando adeptos e transformando as concepções e práticas na área da saúde pública, quando a publicação de inúmeras pesquisas a respeito da influência de fatores sociais, econômicos e culturais sobre o bem-estar físico acumulou evidências empíricas acerca da associação entre qualidade de vida, prosperidade e educação.

O paradigma integral de saúde tem se mostrado tão importante nas últimas décadas que, em 1976, LALONDE (na época Ministro da Saúde do Canadá) cunhou o conceito de *campo de saúde*, a partir do qual a saúde passou a ser entendida como a junção de fatores biológicos, ambientais – físico, econômico e social – comportamentais e aqueles próprios da organização dos sistemas de saúde (BUSS et al, 1998). Este conceito foi responsável por intensificar a luta em busca da prevenção e promoção da saúde, dentro e fora do corpo biológico.

Desmembramentos de tal forma de entender a saúde podem ser encontrados, sobretudo, na *I Conferência Internacional Sobre o Cuidado Primário de Saúde* (1978), concluída com a Declaração de Alma – Ata, documento que reafirma a saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social; um direito humano fundamental, cuja realização requer ações de muitos outros setores, dentre eles o social e o econômico, além do setor saúde propriamente. A publicação da Declaração de Alma – Ata atingiu aqueles que planejam políticas de saúde: os líderes de Estado foram e ainda são provocados a pensar a promoção e proteção da saúde como pontos essenciais ao desenvolvimento econômico e social de qualquer sociedade. De fato, a Declaração subsidiou uma nova estruturação da saúde na busca de um desenvolvimento social sustentável.

Outro ponto discutido por esta publicação diz respeito ao incentivo que deve ser dado às comunidades de exercerem seu direito e dever de participar, seja individualmente e/ou coletivamente, do planejamento e execução do cuidado à saúde, tendo uma atitude de cobrança da responsabilidade dos sistemas de governo em prover saúde adequada para seu povo, para que tomem medidas sociais coerentes, de modo a atribuir uma atenção especial à promoção da saúde, visto ser esse direito universal dos indivíduos, famílias e comunidades.

Para colocar em prática as ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção da doença, a Declaração orienta que cuidados primários adotados pelo sistema de governo devem refletir e evoluir das condições sociais, culturais e

políticas de cada país, como de suas comunidades, as quais devem ser conhecidas através de resultados de pesquisas. Ainda a mesma população pesquisada deve se envolver no planejamento, organização, operação e controle no cuidado à sua saúde, a partir de prioridades definidas por ela mesma - o povo.

A tendência em buscar uma saúde dependente de fatores de ordem social, política e econômica, repercutiu dez anos depois na *I Conferência Internacional em Promoção da Saúde*, originando a *Carta de Ottawa*, que culmina num movimento denominado "Promoção da Saúde", visando proporcionar os meios necessários para melhorar a saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. "A saúde, então, não vem como um adjetivo, mas como fonte de riqueza da vida cotidiana. Trata-se de um conceito positivo que acentua os recursos sociais e pessoais, assim como as aptidões físicas" (CARTA DE OTTAWA, 1986 p.1).

A Carta de Ottawa enfatiza que aqueles que desejam trabalhar com a vertente integral de saúde não têm alternativas além de pressupor que para alcançar um estado adequado de bem estar físico, mental e social, os indivíduos e os grupos com quem vivem (e compartilham as necessidades de seu cotidiano) devem ser capazes de identificar e suprir suas aspirações e necessidades, de modo a mudar ou adaptar-se ao meio ambiente em que vivem, como seres ativos em suas escolhas e não como meros espectadores passivos de fases irremediáveis que os acometem.

A promoção de meios de educação sobre temas que enfoquem a redução das diferenças nos estados de saúde é outro ponto chave destacado na carta, que assegura que o desenvolvimento máximo da saúde potencial depende do acesso a informações e oportunidades que influenciam opções em termos de saúde:

A promoção da saúde apóia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informações, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor (op.cit. p.15-16).

Incorporando as dimensões sócio-econômicas, políticas e culturais, assim como o seu impacto sobre as condições de vida e saúde de cada indivíduo, sociedade ou nação, a Carta de Ottawa afirma que a promoção de saúde se constitui numa atividade essencialmente intersetorial, devendo incentivar a realização de

reflexões sobre a reconstrução do cotidiano e das relações estabelecidas pelo sujeito com seu ambiente (interno e externo).

(...) a mudança do modo de vida, de trabalho e de lazer afeta de maneira significativa à saúde. O trabalho e o lazer devem ser fonte de saúde para a população. O modo como a sociedade organiza o trabalho deve contribuir para a criação de uma sociedade saudável. A promoção da saúde gera condições de trabalho e de vida gratificantes, agradáveis, seguras e estimulantes (op. cit. p. 2-3).

Lançando as bases para o conceito de “promoção de saúde”, a Conferência de Ottawa foi seguida por outras, com temas centrais diversos e relevantes que as tornam igualmente importantes, como é o caso da Conferência realizada em Adelaide (1988), com foco na política, e em Sundsvall (1991), onde foram discutidos os reforços das ações comunitárias e a construção de ambientes saudáveis. Outras importantes conferências foram as realizadas em Jacarta (1992), onde foi discutido o surgimento de novos atores e determinantes da saúde (globalização, meios de comunicação, ...), e em Bogotá (1993), cidade na qual a relação mútua de determinação entre saúde e desenvolvimento tornou-se palco para significativos embates teóricos, com destaque para a necessidade de solidariedade e equidade, levando-se em conta as especificidades da realidade da América Latina (FERRAZ, 1996). Como resultado de todas essas conferências reunindo teóricos renomados no estudo das condições sociais para a saúde na América Latina, a *Organização Pan-americana de Saúde* estabeleceu a Promoção da Saúde como prioridade programática, definindo-a como “(...) a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas para o desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva” (MENDES, 1998 p. 246-247). A partir de então, atentou-se para a questão das múltiplas condições para o desenvolvimento da saúde, considerando-a um conceito de amplo alcance:

(...) a promoção de saúde supõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes. Incidindo sobre as condições de vida da população, extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais de saúde. (SICOLI e NASCIMENTO, 2003 p.101)

Para que a *Promoção da Saúde*, assim concebida seja possível em qualquer sociedade, é preciso tratar sua população com igualdade e equidade com o objetivo principal de “reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos iguais para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde” (Carta de Ottawa, 1986 p.00).

Conseqüentemente o novo conceito de saúde que considera aspectos sócio-culturais, subjetivo-psicológicos e genético-biológicos, e sua promoção determinaram mudanças nas políticas e nos programas voltados à população idosa. Uma síntese do modo como a Saúde Pública passou a considerar o envelhecimento populacional sob o prisma da Promoção da Saúde aparece a seguir.

1.2. O Olhar da Saúde Pública

Em toda a história da humanidade nunca foi registrado um número tão grande de idosos, sendo a queda da natalidade e o aumento da expectativa de vida fatores apontados como responsáveis pelo processo de envelhecimento populacional (LIMA-COSTA e VERAS, 2003; CHAIMOWICZ, 1998). Este fato poderia ser motivo de comemoração para a humanidade, a qual parece sempre estar em busca da longevidade. Entretanto, as condições de vida e saúde dos idosos têm se constituído num grande desafio para a área da saúde pública, pois esta mudança no cenário demográfico da população mundial está correlacionada à permanência do baixo nível educacional e econômico e à alta prevalência de doenças crônico-degenerativas. Ou seja, ainda há uma correlação entre velhice, pobreza e doença crônica, principalmente no Terceiro Mundo. (CHAIMOWICZ, 1998)

O modo como ocorre o aumento do número de idosos pode ser ainda melhor compreendida se a velocidade com que esse processo se deu em países de Primeiro Mundo for comparada com a velocidade com que o mesmo processo vem ocorrendo na América Latina. Aqui foi registrada uma súbita aceleração no processo de envelhecimento nos últimos trinta anos (VERAS, 2003), incomparável com o que ocorreu no Primeiro Mundo fazendo desse dado um fator de relevância imediata ao desenvolvimento econômico e social dos países da América Latina³.

³ Como é o caso do Brasil que, segundo o senso de 2000, possui um total de 14.536.029 idosos.

Um agravante dessa aceleração está no fato de que ainda há uma insuficiente implementação de políticas públicas relacionadas ao envelhecimento nesta região do mundo.

Estudos realizados por RAMOS, VERAS e KALACHE (1987) na década de 80 já indicavam que os países do chamado Terceiro Mundo sentiriam mais drasticamente a transformação do percentual de idosos entre sua população, no nível econômico, político e/ou social, devido às condições de empobrecimento⁴ e ausência de suporte de serviços públicos. A esse respeito, KALACHE (apud CHAIMOWISZ, 1998) acrescentou que, em países Latino Americanos, a falta de controle de enfermidades infecciosas, a insuficiência da rede pública de saúde e saneamento básico, assim como os problemas ambientais tornariam o envelhecimento um problema de saúde pública.

Se existe uma relação entre pobreza e condições de vida, é possível afirmar que o envelhecimento é um fenômeno que não ocorre da mesma forma em todos os lugares e tempos históricos, ou seja, o envelhecimento é um processo sócio-histórico. Fatores econômicos, sociais, políticos e culturais podem estar sendo refletidos na qualidade de vida, saúde e bem-estar na velhice em países diferentes. Mesmo em um único país como o Brasil, por exemplo, podemos constatar a existência de uma grande heterogeneidade no quadro do envelhecimento, uma vez que diferentes regiões e histórias culturais de migração confirmam diferenças no envelhecer. Corroborando a análise dos impactos das condições de vida das pessoas sobre o seu envelhecimento, os estudos de RAUTH e RODRIGUES (2002) enfatizam que em muitas regiões de nosso país ainda não resolvemos completamente problemas clássicos do subdesenvolvimento, como insuficiência de serviços de saúde, educação, saneamento básico, habitação, previdência social, transporte e outros. Como consequência há um grande contingente de velhos necessitando de atenção urgente.

VERAS (2003) aponta no Brasil contrastes nítidos e marcantes entre regiões de miséria total (comparadas às mais pobres do planeta) e grandes centros urbanos (com recursos e acessos comparados aos do Primeiro Mundo) que marcam o envelhecer da população. Como exemplo dessa realidade que envolve

⁴ A OMS (1999) constatou que os países latino-americanos apresentaram um aumento significativo em seus níveis de pobreza, desigualdade econômica e desemprego, principalmente nas camadas mais pobres da população.

pobreza e envelhecimento, destacamos a expectativa de vida que, nos estados mais pobres do Nordeste brasileiro, não chega aos 60 anos e nos mais desenvolvidos do sul ultrapassa os 70 anos (RAUTH e RODRIGUES, 2002). A tríade *pobreza-solidão-doença* é, assim, apresentada como evento da estratificação e discriminação existente em nossa sociedade, permitindo afirmar que não existe uma única velhice, mas velhices distintas.

Diante desta constatação, ou seja, de que existem múltiplas formas de envelhecer atreladas a certas condições de sobrevivência, esse tempo pode ser vivido da pior maneira possível (associando-o à doenças, solidão, dependência e abandono), não sendo poucos os desafios e para reverter tais condições. Para revertê-las algumas diretrizes foram acordadas internacionalmente, buscando orientar práticas políticas voltadas aos que vivem o processo de envelhecimento. As orientações destacam o fato de que o atendimento à pessoa idosa não deve ser igual a todos os indivíduos: sendo essa população heterogênea, o modo de tratá-la também deve ser adaptado às condições locais de existência, seguindo os princípios da equidade na distribuição das oportunidades sociais. O princípio de equidade tem sido amplamente discutido, incentivando que as condições de vida de cada idoso entrem em cena como um fator a ser levado em consideração no planejamento de ações de saúde voltadas aos velhos. Pela equidade, discute-se (enquanto prioridade) a necessidade de recursos para a promoção de serviços em regiões mais deficitárias e carentes de investimentos, com a finalidade de minimizar as desigualdades de oportunidades encontradas nesses locais. Nas palavras de LIMA-COSTA e VERAS (2003 s/n)

Temos que encontrar meios para: incorporar os idosos em nossa sociedade, mudar conceitos já enraizados e utilizar novas tecnologias, com inovação e sabedoria, a fim de alcançar de forma justa e democrática a equidade na distribuição dos serviços e facilidades para o grupo populacional que mais cresce em nosso país.

Em consonância com esse pensamento, a OMS (1999) indica questões que devem nortear toda ação de Saúde envolvendo a temática do envelhecimento: “Como manter a independência e a vida ativa no envelhecimento? Como fortalecer políticas de prevenção e promoção da saúde, especialmente aquelas voltadas para os idosos? Como manter e/ou melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento?” (Op. cit.).

Todas estas questões apontam para mudanças no modo como o corpo do idoso é visto e sobre as maneiras de conceber o processo de envelhecimento. Ao valorizarmos questionamentos que redirecionem antigas concepções a respeito de fatos naturalizados, também aceitamos mudanças de antigos paradigmas, tanto na compreensão do conceito de saúde e de sua promoção quanto no conceito de envelhecimento e qualidade de vida do idoso.

1.3. O Corpo Idoso

No estudo do desenvolvimento humano, KELEMAN (1994) destaca o nascimento e a morte como dois grandes eventos na vida das pessoas, momentos configurados no espaço/tempo do cenário vivencial em que contracenam as relações humanas. Nessa esteira de acontecimentos tem-se o envelhecimento, o qual é, sem dúvida, um processo de ordem pessoal, interpessoal e intracultural compartilhado.

A velhice constitui um fenômeno que implica várias dimensões processuais, tais como a biológica, a psicológica (afetivas e intelectivas) e social, engendrando variações culturais, sociais, étnicas, familiares, religiosas singulares. Essa variedade determina que o envelhecimento não ocorre da mesma forma e no mesmo momento para todos. Entretanto, a idade cronológica tem sido indicada por diversos autores como um fator importante no que se refere à entrada do indivíduo na velhice.

Pela legislação brasileira, a idade cronológica de 60 anos configura o marco que determina a localização dos indivíduos no quadro da realidade do envelhecimento. A lei no. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, em seu Art, 2º. da Política Nacional do Idoso, segue o marco indicado hoje pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Este marco, entretanto, sobe para 65 anos quando o referencial recai sobre a expectativa de vida e das leis que estabelecem a idade para o início da aposentadoria para homens⁵, episódio determinante no que se refere à mudança das condições de vida do cidadão, no âmbito das relações produtivas e

⁵ Para mulheres a idade de aposentadoria é de 60 anos, sendo que os trabalhadores rurais podem se aposentar com cinco anos a menos, para homens e mulheres.

familiares, bem como no que tange à construção de sua corporeidade (SIMÕES, 1994 p.19).

Ao caracterizar a velhice muitos dos autores levam em consideração o fator idade e afirmam que durante o processo de envelhecimento há um declínio geral e crescente em diversos setores da vida do indivíduo, até a morte. Conforme descreve NADEAU (apud Simões, 1994 p.22): “A característica principal da velhice é o declínio, geralmente físico, que leva a alterações sociais e psicológicas”.

Por outro lado, há autores que consideram que ser idoso não equivale, necessariamente, a ser decrépito e doente. Assim pensando, HAYFLIC (1996 p.53) acrescenta: “Para entender o envelhecimento, precisamos distinguir o envelhecimento normal das doenças associadas à velhice. O envelhecimento normal é simplesmente o envelhecimento.” De fato, este autor chama a atenção para a velhice como parte natural do curso de vida. Esta idéia de “curso de Vida” traz luz para a relação entre desenvolvimento e envelhecimento, tradicionalmente tratados como antagônicos. Dessa forma, o processo de envelhecimento pode ser classificado como “velhice normal” ou “bem sucedida”, ressaltando-se o potencial de desenvolvimento inerente a essa fase da vida.

Ao focar a atenção ao ‘curso de vida’, questionamos o marco idade como único categorizador do velho. Em outros termos, tomar unicamente a idade cronológica como referencial para determinar que uma pessoa é idosa reduz, em muito, a especificidade da velhice e dos fatores individualizantes que a definem, uma vez que o impacto causado pelo tempo é vivido diferentemente por cada indivíduo. Isto implica dizer que “estar velho” pode diferir do “se sentir velho”. Assim é possível encontrar pessoas que se sentem velhas muito antes dos 60 anos e outras que se sentem jovens após os 60 anos, demonstrado que relações situacionais de ordem física se somam às de ordem cronológica num complexo de situações relativas. A relação que cada indivíduo estabelece com a vida e seus desafios é um fator determinante para diferenciar a forma como cada idoso entrará e percorrerá esta etapa vital, delineando, assim, singularidades em seu “curso de Vida” (NERI, 1995). Fator de relevância quando falamos da qualidade de vida e bem-estar subjetivo na velhice.

Partindo, desta nova proposição SIMÕES (1994) identificou um fator importante na vivência do envelhecer – a situação motivacional durante o processo.

Segundo ela “o ritmo do declínio pode ser determinado pelo nível motivacional que o idoso é capaz de conservar. A senilidade pode ser exacerbada através de atitudes pessimistas em relação à vida, ao futuro, a si mesmo e aos outros” (p.23). Este fator traz em seu bojo a nossa história de vida, nossas marcas, nossos amores e desamores, sorrisos e lágrimas personificados em formas corporais.

Pesquisadores como KELEMAN (1994 p.16) nos levam a refletir sobre a multiplicidade dessas formas corporais ao longo da nossa existência. Ao referir-se aos auto-retratos do pintor holandês do século XVII, Rembrandt, KELEMAN mostra essa multiplicidade durante fases distintas da vida do pintor, “desde o jovem resplandecente ao adulto denso e profundamente emocional e a imagem de fragilidade próxima da morte, na qual aparece como um mago malicioso”. E conclui:

A transfiguração que se vê não é, de modo algum, uma viagem da adolescência à decadência, mas uma jornada através dos vários tipos de corpos que formam a vida desse homem. É como uma árvore com uma longa história, em que a cada ano novas folhas e flores brotam e se acrescenta mais um anel de crescimento. Ou como uma roseira: a cada estação, novas rosas, novos corpos brotam e florescem e então murcham e morrem, mas a vida da roseira continua.

Envelhecemos a cada dia, e a cada dia somamos experiências que nos levam a lugares outros, além daqueles em que estamos hoje. Não passamos em nossas vidas imunes aos afetos, gerados pelas intensidades dos encontros com os outros, conosco mesmo e com o mundo social/cultural em movimento. Somos sim, formatados por eles e vamos descortinando a vida, que se traduz em corpos em movimento, pulsantes e emocionais. Corpos que vão do celular ao social num contínuo de experiências. Conforme afirma KELEMAN (1995 p.11):

(...) a vida humana produz formas. Essas formas são parte de um processo de organização que dá corpo às emoções, pensamentos e experiências, fornecendo-lhes uma estrutura. Essa estrutura por sua vez ordena os eventos da existência. As formas evidenciam o processo de uma história protoplasmática que caminha para uma forma pessoal humana.

As formas corporais acompanham a trajetória de vida que, segundo alguns autores, começa na concepção. Para outros autores “a trajetória vital do ser humano se inicia com a vida extra-uterina, seguindo-se com a infância, adolescência, casamento, procriação, criação dos filhos, aposentadoria, velhice e morte, propiciando à vida conotações diversificadas e dinâmicas” (CHAVES, apud

Simões, 1994 p. 20). Desde o encontro do espermatozóide com o óvulo já vivíamos sensações únicas e particulares, ou seja, estávamos nos tomando indivíduos. As palavras de LAING (apud Boadella, 1992 p.31) expressam fenômenos que interferem na corporeidade intra-uterina:

Antes da implantação, as secreções do tubo uterino podem ser calmas ou tempestuosas... um solo fértil ou árido; a semente pode rodar, girar, flutuar, voar; ser atirada contra as pedras; ser varrida para a terra e ser trazida de volta, antes do final da jornada. Antes da eventual implantação definitiva, podem ocorrer muitas aventuras.

“Calmarias” ou “tempestades” são metáforas descritivas do processo como se dá a individuação ou a formação de subjetividades. Este processo ocorre em diferentes planos da experiência do sujeito. LAING está se referindo a processos ocorrendo no ambiente intra-uterino mas que também ocorrem no plano externo, com implicações de natureza social e relacional. Nesse plano externo, as tramas ganham corpo no bojo da sociedade e se norteiam por suas práticas sociais muitas vezes tempestuosas, nas quais os sujeitos vivem e seus corpos ganham forma. Assim, as formas corporais são determinadas por movimentos sociais e históricos que ditam direções ou molduras hegemônicas.

Em nossa sociedade capitalista, por exemplo, a palavra de ordem é ser produtivo. Assim, o corpo saudável, forte e viril é ovacionado, enquanto o corpo decadente, é marginalizado. O corpo velho, por não mais servir ao *Capitalismo Mundial Integrado* (GUATTARI, 1993), assume o lugar do excluído, da menos valia e do desapropriado passa da condição de ser participante (produtivo ou ativo) para a de não participante (aposentado ou inativo). Longe dos padrões de beleza e de utilidade ditados por essa mesma sociedade, o idoso, se recolhe e se encolhe. Como bem resumiu GAIARSA (1986) na epígrafe de um do seu livro *Como Enfrentar a Velhice*, “ser velho, portanto, além de um fardo, é um conjunto de convenções sociais da pior espécie. Não sei o que pesa mais sobre os velhos, se a idade ou a idéia que fazem de si mesmos, movidos pelo modo como são tratados (...)”. Há, ao que tudo indica, um padrão a ser seguido, o qual dá forma e sentido ao corpo. “O idoso, cujo corpo não se inclui mais nesse padrão, tem seus anseios anulados gerando a sensação de impotência enquanto organismo ativo na sociedade. Ele acaba adquirindo um sentimento de incapacidade e aversão ao

próprio corpo” (CANOAS, apud SIMÕES, 1994 p.34) que se reflete no modo como a velhice é vivida e percebida a partir do corpo.

Em geral, um corpo velho é tido como dependente (econômica, física ou emocionalmente), condição que passa a ser esperada, apontada e procurada nos mínimos movimentos do corpo idoso. Dentre as construções derivadas deste modo de pensar a velhice, há o sentimento de inutilidade e vergonha. Conforme escreve BUSCAGLIA (1978 p. 67- 68):

Não temos permissão de envelhecer sem uma profunda sensação de vergonha. Dizem-nos que as rugas devem ser odiadas; que perder o vigor fisiológico é se tornar inútil; que com nossos sentidos debilitados perdemos toda esperança de alegria, estética e produtividade (...) As implicações de tudo isso é que há algo não muito adequado em envelhecer fisicamente.

Entretanto, esta visão negativa da velhice é apenas um dos lados do fenômeno; além da tempestade, há calmarias. Um breve percurso sócio-histórico dos modos de pensar a velhice mostra que nem sempre houve uma associação da mesma com a decrepitude. O pensamento clássico da Antigüidade, por exemplo, aponta perspectivas positivas do envelhecimento: nos escritos de Platão, a velhice é associada à calma e liberdade, enquanto Cícero a apresenta como um período de oportunidades de mudanças positivas e um funcionamento produtivo, enfatizando a força de caráter dos mais velhos (FREIRE, 2000). Tais registros apontam que a abordagem da velhice deve indicar diferenças em formas de pensar os valores de uma sociedade ao longo da história.

UCHÔA (2003), por exemplo, nos incita a buscar fontes de informação em estudos antropológicos relacionados à temática do envelhecimento. Tais estudos demonstram que a associação entre velhice, dependência e vulnerabilidade não é universal. Relatos sobre o modo de vida dos Nuer, um grupo étnico do Sudão, mostram que “os membros de uma classe de idade devem respeito aos da classe anterior, que é composta por pessoas mais velhas e, portanto, superiores na hierarquia social” (op cit. p.850). Entre os Bambara de Mali, o povo valoriza a velhice por acreditarem que o envelhecimento é um processo de crescimento e enriquecimento dos seres humanos. Estas diferentes atitudes de um povo para com a velhice

mostram que o envelhecimento pode/deve deixar de “(..) ser encarado como um estado ao qual os indivíduos se submetem passivamente para ser encarado como um fenômeno biológico, ao qual os indivíduos reagem a partir de suas referências pessoais e culturais” (UCHÔA, 2003 p.851).

Dessa forma, a abordagem antropológica permite a reflexão dos valores culturais acerca da velhice. Tais valores, produzidos por práticas culturais específicas explicam a visão positiva ou negativa atribuída ao envelhecimento. No caso da cultura ocidental, a Psicologia do Desenvolvimento incorporou estes mesmos valores. Como será visto a seguir, a descrição do processo de envelhecimento como parte do desenvolvimento normal demorou a surgir. O modo como a Psicologia olhou a velhice significou, durante décadas, uma corroboração da visão social negativa do envelhecimento.

1.4. Os Olhares da Psicologia do Desenvolvimento

Entre as publicações atuais que abordam a temática do envelhecimento em nossa sociedade temos visto ocorrer mudanças na descrição da velhice. Tem havido um aumento significativo do número de autores que buscam uma melhor compreensão desse processo, vendo-o como positivo e relacionado com outros fenômenos. Um dos resultados principais desta mudança de foco de análise é o afastamento da idéia de que o envelhecimento estaria necessariamente associado à doenças e à decrepitude. Segundo NERI e FREIRE (2000 p.23),

(...) diversos estudiosos dão ênfase à variedade de forças ligadas à longa existência, como calma, tranqüilidade, liberdade e sabedoria. Isso reflete uma corrente de pensamento na ciência que enfatiza os aspectos positivos do envelhecimento, ao invés de estudar apenas as perdas e declínios, como habitualmente tem sido feito.

CARL G. JUNG, importante representante dessa idéia, contempla em seus estudos a possibilidade do desenvolvimento humano ocorrer em toda a extensão da vida. Ele escreveu que os anos maduros representam uma espécie de despertar que dá à vida uma orientação completamente nova, tornando a pessoa mais produtiva e ligada aos outros de forma mais humana. Ao contrário de Freud, indica a psicoterapia para pessoas idosas, pois considera que aqueles que não são

capazes de, nessa fase da vida, dirigir um olhar para dentro de si e buscar a integração do eu (processo de individuação)⁶, correm o risco de adoecer psicologicamente na última etapa de vida, tornando-se hipocondríacos, avaros, ou se aferram à busca de ser eternamente jovem.

A idéia de que o envelhecimento pode estar associado à expansão existencial e crescimento passou a tomar força e ganhar espaço na Psicologia do desenvolvimento, principalmente, com os trabalhos de ERIKSON, nos anos 50. A partir das disposições produzidas por esse e outros autores vemos ser construído um campo favorável ao despontar de novas formas de ser e viver a velhice, permitindo que o potencial de crescimento seja estimulado, de modo a tornar possível a valorização da vivência dessa fase da vida.

Esta mudança de paradigma conceitual não ocorreu ao acaso. As transformações no pensamento psicológico sobre envelhecimento e desenvolvimento se deram em três momentos distintos nos quais paradigmas diversos tornam-se hegemônicos (NERI, 2000). A história destas mudanças indica o percurso da compreensão do processo de envelhecimento vai do ponto em que velhice esteve associada ao declínio, ao ponto em que esteve associada ao sucesso, a um nível relativamente alto de bem-estar subjetivo, de saúde física e de competência adaptativa.

O início deste percurso histórico (1º. modelo) data do início do século XIX, quando algumas abordagens associavam velhice ao declínio, à involução e à estagnação. Dentro deste modelo destacou-se STANLEY HALL, autor que, em 1904, elaborou o mais completo tratado sobre a velhice da época. Nessa produção, ele *dividiu a vida em 5 estágios: infância, adolescência, puberdade, meia-idade (ápice do desenvolvimento e início do declínio), senescência e senectude*. Ao mesmo tempo em que propôs a divisão de estágios para o desenvolvimento humano com declínio nos estágios finais, HALL apontou questões inovadoras que constituem temas de relevância em pesquisas atuais do desenvolvimento humano, tais como a crítica que lançou sobre o entendimento de que a adolescência deva ser vista como oposição à velhice, a proposta da existência de processos

⁶ O processo de individuação que significa um processo de profundo autoconhecimento onde tomamos a coragem de nos confrontar com velhos medos e o que desconhecemos de nós próprios.

individuais independentes das diferenças etárias e da ocorrência de um aumento na variabilidade interindividual na velhice e de uma relação entre envelhecimento e sabedoria (NERI,2001). Apesar disso, os seguidores destas abordagens propõem que o envelhecimento apresenta padrões universais e irreversíveis de origem biológica. Conforme nos indica uma definição calcada neste pressuposto, a velhice é “uma etapa na vida em que há um comprometimento da homeostase, isto é, o equilíbrio do meio interno, o que fragilizaria o indivíduo, causando uma progressiva vulnerabilidade do indivíduo perante uma sobrecarga fisiológica” (HAYFLICK, 1996 p.102) .

As publicações do início do século XX atestam a busca de novos paradigmas conceituais. YERKES, nos anos 20, sugeriu que, além das influências genéticas e biológicas, a bagagem cultural, as experiências pessoais e o nível educacional também seriam responsáveis por melhores resultados apresentados em testes de inteligência⁷. Assim, o baixo desempenho das pessoas mais velhas nesses testes não se devia ao envelhecimento por si mesmo. Essas sugestões ofereceram subsídios para futuras mudanças nas práticas da psicologia da época. Porém as sugestões de YERKES foram desconsideradas em 1928, quando, na Universidade de Stanford, foram criados os primeiros grupos de pesquisa sobre desenvolvimento humano abordando temas como aprendizagem, memória e tempo de reação. Esses estudos concluíram que a idade acarreta mudanças biológicas expressas na redução dessas capacidades. E, sem levarem em conta as observações feitas anteriormente por YERKES, reafirmaram o paradigma existente em que a velhice aparece como sinônimo de decadência.

Em um outro estudo, já na década de 30, MILES e MILES formulam conclusões mantenedoras do *status quo* da velhice como fase decadente. Ao estudarem pessoas com idades variando entre 10 e 80 anos, concluíram que o desenvolvimento intelectual não se completaria aos 13 anos como se pensava até então, mas em torno dos 20 anos, sendo seguido de uma estagnação e um declínio na velhice. Apesar de avançar no sentido de ampliar a faixa etária referente às possibilidades de evolução e desenvolvimento humano, esse estudo ainda manteve a idéia do declínio associada à idade.

⁷ Tratam-se de estudos realizados pelas Forças Armadas Norte Americanas que usavam critérios psicológicos como um dos elementos de seleção de oficiais para o comando.

Na visão de NERI, (op.cit), o paradigma adotado até esse momento contém preconceitos científicos em relação ao idoso, principalmente na formulação de hipóteses de pesquisas. Ao atribuir as mudanças comportamentais na velhice exclusivamente à idade, tal paradigma desconsidera peculiaridades do perceber, pensar e agir dos mais velhos, assim como a heterogeneidade do grupo de idosos, generalizando aspectos do adoecimento a toda a população, via análises baseadas exclusivamente em variáveis biológicas.

Por volta de 1950 surgiu um segundo modelo de desenvolvimento humano, que preconizou o desenvolvimento segundo padrões ordenados de mudanças (origem ontogenética) e sendo afetado por determinantes sociais, históricos e culturais (enquanto condições para as manifestações dos elementos de base na ontogênese). Um dos principais representantes deste modelo é JEAN PIAGET, que centrou seus estudos sobre o desenvolvimento do pensamento na infância e na adolescência. Nas teorias da personalidade alguns autores também enfocaram o desenvolvimento. FREUD escreveu a respeito da sexualidade infantil e seus estágios; ERIKSON focalizou a vida da infância até a velhice.⁸

Para ERIKSON, a força mais importante que dirige o comportamento humano e o desenvolvimento da personalidade é a interação social. O cerne da teoria de Erikson baseia-se na idéia de que o ambiente social combinado com a maturação biológica fornece a cada individual questões básicas – crises ou tarefas evolutivas – em cada fase específica do desenvolvimento devendo ser solucionadas com sucesso antes de uma nova crise surgir. Estas experiências bem ou mal sucedidas, serão levadas como consequência no decorrer do desenvolvimento, determinando o curso da vida.

Sua teoria propõe, a princípio, oito estágios de desenvolvimento do homem. O oitavo estágio que ocorre a partir dos 50 anos, representa a fase do adulto maduro na qual o indivíduo passa pelo conflito entre a generatividade versus a estagnação, as tarefas evolutivas desta fase estão relacionadas à divisão de trabalho e compartilhamento, sendo o *cuidado* a palavra chave. A patologia básica associa-se à rejeição e ao autoritarismo, (ERIKSON, 1998).

⁸ WOLFGANG KÖHLEN também versou sobre o desenvolvimento durante toda a vida e DANIEL LEVINSON organizou estudos sobre homens adultos.

Um novo e último estágio é proposto por ERIKSON pouco antes de sua morte e revisado por sua esposa, JOAN M. ERIKSON. Partindo de sua experiência pessoal, a antítese dominante proposta na velhice e o tema desta última fase da vida é chamada de integridade versus *desespero e desgosto*. A patologia seria o desdém e a palavra chave a sabedoria. Para os autores sabedoria na velhice consiste em “preocupação informada e imparcial com a vida em si diante da morte em si” (ERIKSON, 1998; p.55).

Sua teoria psicossocial fundamenta-se na psicanálise e se estrutura numa grande variedade de observações e experiências clínicas relatadas em publicações ao longo de sua vida, revelando que nem na infância nem na maturidade encontra-se o final do crescimento psicológico.

Entretanto, mesmo inovando, tais modelos são considerados, por alguns autores (por exemplo, NERI [1993] e BALTES e BALTES [1990]) como tradicionais, pois seguem o paradigma da estagnação de fases relacionadas ao desenvolvimento, apontando a universalidade de estágios invariáveis, sucessivos e orientados à meta. Em geral, os modelos tradicionais, segundo estes autores, concebem o desenvolvimento como um processo de organização crescente, até um ponto mais elevado na vida adulta. Outro aspecto crítico nestes modelos diz respeito à visão do desenvolvimento como um desabrochar das potencialidades do indivíduo, estabelecidos por uma hereditariedade e/ou pelo desenvolvimento na fase inicial da vida.

Um terceiro paradigma na área da Psicologia do Desenvolvimento teve suas raízes no funcionalismo inglês e tornou-se influente nas teorias e pesquisas sobre o envelhecimento contemporâneo: a teoria *Life-span*⁹ ou Curso de Vida. Na língua inglesa o termo tem uma conotação de extensão ou abrangência. Usado pela psicologia, refere-se ao desenvolvimento como fenômeno que acontece durante toda a extensão ou ao longo da vida. Este modelo levanta importantes proposições sobre o desenvolvimento e envelhecimento. Segundo BALTES e BALTES (1990) as trajetórias de vida individuais e em grupo resultam da interação de eventos genético-biológicos, sócio-culturais e psicológico-subjetivos, que interagem com pesos diferentes e em todo o ciclo de vida.

Neste aspecto, na qual as passagens do tempo não determinam, por si só, alterações de comportamento, a divisão em faixas etárias é pensada enquanto construções sociais, convencionadas para marcar e registrar comportamentos sociais e individuais, assim como suas circunstâncias. Logo, o estudo do desenvolvimento e do envelhecimento não devem ser restritos a uma única dimensão, devendo ser analisados em um campo multidisciplinar de modo contextual.

Dentro desse paradigma contextualista, o desenvolvimento passa a ser pensado como uma correlação entre limites e potencialidades. A proporção entre limites e potencialidades sofre alterações durante o curso de vida, com sobreposição de vários aspectos relativos ao desenvolvimento. Em cada momento do curso de vida é possível coexistir declínio e crescimento tendo cada idade sua própria dinâmica de crescimento.

Não podemos deixar de ressaltar que o desenvolvimento dentro desta abordagem é visto como um processo finito e limitado por influências genéticas/biológicas. Tal fato determina a compreensão de que quanto mais envelhecemos, mais dependentes ficamos dos recursos do ambiente e menos respondemos às suas influências. Como resultado, com o passar dos anos diminui a plasticidade comportamental (ou seja, a possibilidade de mudar para se adaptar ao meio) do mesmo modo que diminui a resiliência¹⁰. Já os mecanismos de auto-regulação da personalidade (a referência do eu) mantêm-se intactos na velhice, fato que responde, em parte, pela continuidade do funcionamento psico-social e pelo bem-estar subjetivo.

Para tentar explicar um pouco melhor as condições de existência ao envelhecer, o paradigma do curso de vida leva em consideração que, ao longo da vida adulta e da velhice, acontecem processos concorrentes de crescimento e contração no desenvolvimento, que podem ser analisados como ganhos ou perdas evolutivas, permanecendo resguardado o potencial de desenvolvimento, dentro dos limites e plasticidade individual. Desta forma, o envelhecimento é visto como

⁹ Dentre os teóricos desse modelo, podemos citar BALTES, FEATHERMAN, SMITH, STAUDINGER, MARSISKE e PETERSON. No Brasil NERI e colaboradores se destacam como representantes desta teoria.

¹⁰ Definida como a capacidade de reagir e de se recuperar dos efeitos da exposição a eventos estressantes.

uma experiência heterogênea que pode ocorrer de modo diferente para indivíduos e grupos que vivem em contextos históricos e sociais distintos.

Em síntese, os princípios da teoria do Curso de Vida evidenciam que a velhice não é sinônimo de doença. Os incidentes patológicos são os reais produtores de um organismo qualitativamente diferente na velhice e não o envelhecimento em si. Desta maneira, é possível ao analisar a velhice descolá-la do adoecimento e permitir que entrem em cena na análise as variáveis sócio-culturais, pessoais e subjetivas relacionada ao envelhecer. Assim, velhice passa a ser um substantivo em aberto, podendo estar acompanhado também de adoecimento e patologias, como também de saúde, criatividade, alegria e satisfação (NERI, 2000).

Ao que tudo indica, o Curso de Vida é uma perspectiva política positiva na consideração do processo de envelhecimento. A partir dela é possível identificar determinantes da qualidade de vida tendo em vista ações dirigidas à sua promoção. O Capítulo 2, a seguir, defende a possibilidade de um envelhecimento bem-sucedido e discute algumas das suas dimensões.

CAPÍTULO 2

QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR SUBJETIVO NA VELHICE

Como visto, o envelhecimento é um processo evolutivo do nascimento à morte; um processo natural e constante de transformações biológicas que são sentidas e experienciadas em um contexto social e histórico específico. A experiência e o sentido da velhice dependem da avaliação de qualidade de vida durante esta fase. Com o objetivo de compreender melhor esse fenômeno, este capítulo discute o conceito de qualidade de vida e o bem-estar subjetivo na velhice.

2.1. A Qualidade de Vida

A sociedade em geral vem discutindo sobre a boa qualidade de vida na velhice pois envelhecer bem, de maneira positiva, tornou-se uma meta diante do crescimento populacional de velhos. FETHERMAN, D.; SMITH, J. e PETERSON, J. (1999) consideram que o conceito mudou a partir de meados do século XX. Até esse momento, significava apenas a disponibilidade de bens materiais como comida, moradia, acesso a serviços de saúde e ação social, a partir daí passou a relacionar-se com dimensões menos tangíveis, tais como “satisfação com a vida”, “bem-estar social”, “independência”, “controle” e “competências sociais e cognitivas”. Portanto, não é fácil definir a qualidade de vida pois ela é um fenômeno subjetivo complexo e multideterminado (NERI, 2001).

Exemplos dessa subjetividade aparecem nos resultados de pesquisas que identificam relatos de saúde percebida em idosos que dizem sentirem-se “bem” e “saudáveis” apesar de, em sua maioria, apresentarem pequenas disfunções. Os estudos de LIMA-COSTA, et al (2003) sobre as condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços e gastos com medicamentos da população brasileira ilustram este fato. Os autores concluíram que apenas 10,5% dos idosos entrevistados percebem a própria saúde como ruim e 13,9% apresentaram

interrupção das atividades rotineiras por problemas de saúde, apesar de 69,0% deles terem relatado possuírem, pelo menos, uma patologia crônica (as mais comuns associadas a esta população na atualidade são a artrite, a diabetes, a hipertensão e doenças cardíacas)¹¹. Ao que tudo indica, existe uma correlação entre a percepção de saúde e o modo como a idade é vivida, independente da presença de patologias.

Outra dificuldade à definição diz respeito à impossibilidade concreta de se medir os efeitos das patologias, o comportamento saudável e o humor, uma vez que muitas situações tidas como indesejadas em outros seguimentos têm sido consideradas normais pelos próprios idosos. Citamos, como exemplo, as condições psicossociais ligadas a processos próprios dessa idade, como o retraimento, queda do poder aquisitivo combinado com diminuição da socialização e declínio das habilidades físicas. Por estas razões, DE LEO (1998:s/n) sugere que

esse tema específico deve ser acessado duplamente, pelas relações de percepção subjetiva pelo indivíduo e, quando possível, por instrumentos comparativos objetivos. (...) o instrumento multidimensional de avaliação deveria também: (a) permitir uma pequena mas exaustiva medida dos vários domínios da qualidade de vida; (b) permitir uma medida subjetiva e um entendimento hierárquico da importância dada a esses domínios pelo indivíduo a ser testado; (c) ser específico para o idoso; (d) possuir variabilidades transculturais; (e) ter uma estrutura modular (separar escalas de vários domínios da qualidade de vida); (f) enfatizar a importância de características individuais de personalidade; (g) e ser perceptivo para mudanças acarretadas por tratamentos médicos e sociais¹².

¹¹ Os autores mencionam que no Brasil as doenças crônicas mais relatadas pelos idosos são hipertensão (50% entre mulheres e 37% entre homens) e diabetes (12% entre mulheres e 8 % entre homens), havendo uma diminuição da prevalência de artrite/reumatismo e doenças do coração. Nos Estados Unidos a vida das pessoas idosas vem melhorando, a despeito das patologias. Comparando indivíduos americanos entre 60 e 75 anos em 1960 com outros de idade similar em 1990, ROWE e KAHN (1998) encontraram uma acentuada redução em três importantes precursores de doenças crônicas: hipertensão, alto nível de colesterol e hábito de fumar. Observaram, também, que houve diminuição na prevalência de artrite, arteriosclerose, demência, hipertensão e uma drástica queda no número de doenças na média da população idosa.

¹² Em função destes vários domínios, muitos instrumentos multi-fatoriais para medir a qualidade de vida, tanto gerais como para patologias específicas, vêm sendo desenvolvidos. O Lepad, por exemplo, é um questionário de medida subjetiva, especialmente construído para avaliar a qualidade de vida no idoso, considerando vários domínios da vida: físico, mental, social e ocupacional.

Dentre os estudos desenvolvidos quanto à construção do conceito de qualidade de vida, ROWE e KAHN (1998) destacam duas tendências no estudo do aumento da expectativa de vida no *status* de saúde da população idosa. A primeira delas – que vem perdendo brilho ultimamente (ROWE e KAHN, 1998) – acredita que a maior parte da população idosa do mundo irá ficar velha e doente (principalmente devido às condições sócio-econômicas de muitos países); a segunda defende que os avanços na tecnologia médica irão produzir mais anos de vida, bem como menos doenças e incapacidades. Esta tendência otimista – conhecida como “*Compression of morbidity*”, redução da morbidade (CHAIMOWWICZ, 1998) – visualiza uma redução na incidência de desordens como artrite, artrose, demência, debilidades cardíacas, diabetes e outras, e prevê a possibilidade de um prolongamento da vida ativa e um aumento da capacidade funcional do idoso. A capacidade funcional é um fator de relevância ímpar para a promoção da autonomia no envelhecimento, um referencial para a qualidade de vida na velhice, adotado pela Saúde Pública (LIMA-COSTA e VERAS, 2003).

A capacidade funcional do idoso é referida por ROWE e KAHN (1998) como decorrente de três fatores principais: (a) do impacto das doenças ou a morbidade, (b) de fatores associados ao estilo de vida, como exercícios e dietas, e (c) da determinação biológica na ocorrência de doenças (pré-disposição genética). Estes autores ressaltam que as políticas públicas deveriam considerar a inter-relação destes fatores na construção do envelhecimento saudável ou bem-sucedido. Nesta perspectiva do envelhecimento, o idoso é visto como pró-ativo, portador de objetivos e metas e acumulador de recursos que são úteis na adaptação a mudanças que venham a ocorrer e abalar a manutenção do bem-estar e a preservação da capacidade de realizar atividades da vida diária (SOUZA, GALANTE e FIGUEIREDO, 2003). A preservação das capacidades de realizar atividades da vida diária é um item na avaliação da saúde do idoso; um indicador da capacidade funcional (RAMOS, 2003).

A capacidade funcional inseriu um novo paradigma de análise da saúde da população, adotado pela OMS: “Envelhecimento saudável, dentro desta ótica, passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica” (RAMOS, 2003 p.793). A partir de então, envelhecimento saudável é sinônimo de envelhecimento bem sucedido. Para ROWE e KAHN

(1998) a definição de envelhecimento bem sucedido é obtida através da manutenção de três aspectos característicos: a apresentação de baixo risco de doença ou doenças disfuncionais, a elevação da função mental e física e o engajamento com a vida (vida ativa).

Pensando nestas correlações de fatores, demógrafos e gerontólogos psicólogos do desenvolvimento têm voltado sua atenção para a pesquisa sobre as variáveis que determinam a boa qualidade de vida na velhice. A partir da perspectiva contextualista e desenvolvimentalista da teoria *Life-span*, a velhice é enfocada como uma experiência heterogênea na qual a boa qualidade de vida é possível. BALTES e BALTES (1990) trabalham com este modelo e sustentam sua análise em seis premissas teóricas:

1. há uma diferenciação entre velhice normal, ótima e patológica - a velhice normal se caracteriza pela ausência de degenerância associada a doenças crônicas, sendo que uma desorganização biológica pode acometer os idosos, sem maiores prejuízos. Estados degenerativos estariam associados à velhice patológica. Por sua vez, falar em velhice ótima, é ter como referência algum estado ideal de bem-estar pessoal e social;
2. o envelhecimento individual é uma experiência heterogênea – (a) cada pessoa organiza seu curso de vida de maneira peculiar, a partir de suas circunstâncias histórico-culturais; (b) ocorre incidência de patologias diversas durante o envelhecimento normal e (c) a interação entre fatores genéticos e ambientais são próprios de cada região e constituição biológica;
3. o envelhecimento resguarda o potencial de desenvolvimento, dentro dos limites da plasticidade individual – é possível, por meio de programas de treinamento, melhorar a memória, a cognição, a senso de controle e a solução de problemas; desta forma, podemos (inclusive) aumentar a capacidade cognitiva de memorização, adquirir novos conhecimentos e interações sociais mesmo na velhice;
4. os ganhos no domínio da inteligência prática podem compensar as perdas cognitivas decorrentes do envelhecimento, a partir do desenvolvimento de conhecimentos práticos relativos à organização e ao manejo do ambiente;
5. com o envelhecimento, o equilíbrio entre ganhos e perdas no desenvolvimento torna-se menos positivo – apesar dos possíveis ganhos e compensações na

velhice, há perdas relacionadas a questões biológicas, motivacionais e sociais; estas perdas estariam associadas às expectativas de pessoas de todas as idades, em relação à velhice;

6. os mecanismos de auto-regulação¹³ podem se manter intactos até a velhice mais avançada – aspectos relacionados à motivação, a estereótipos e preconceitos concorrem interferem neste fenômeno, bem como o aumento da dependência em relação a outrem; busca-se comportamentos adequados para se evitar o desamparo e ansiedade e obtenção de aprovação e proteção por outro.

Outro aspecto importante, referente à promoção da qualidade de vida na velhice, é levantado por FEATHRMAN, SMITH e PETERSON (1999). Segundo eles, a qualidade de vida na velhice é pessoal, social e cultural, demandando políticas sociais de impacto nas áreas de saúde e educação, planejamento do ambiente de trabalho e dos espaços urbanos, do sistema de seguridade social e de formação de profissionais. Dessa forma, a configuração de um envelhecimento bem-sucedido não deve ser vista como de responsabilidade individual e sim coletiva, dependendo diretamente de ambientes saudáveis.

Com base nestas premissas, NERI (2000) e ROWE e KAHN (1998) apontam três caminhos a seguir quando se planeja estratégias de intervenção na promoção da qualidade de vida: promover saúde física ao longo de todo o curso de vida, oferecer educação continuada na vida adulta e na velhice (a qual pode compensar eventuais perdas do envelhecimento e concorrer para a inclusão social e construção de cidadania) e encorajar a flexibilidade/ampliação das relações interpessoais e sociais.

Em síntese, a abordagem e a promoção da qualidade de vida na velhice deve extrapolar o enfoque na patologia e abarcar a totalidade da saúde do idoso, levando em conta a interdependência de fatores físicos, emocionais, sociais e ambientais que proporcionam um envelhecimento saudável, isto é, com elevada auto-estima, autonomia e participação social e política.

¹³ Auto-regulação é um termo originado na biologia e utilizado em muitas áreas, em relação a diferentes objetos de estudo. Nesta teoria o termo indica um mecanismo de adaptação social que, segundo BANDURA (1986), mobiliza as pessoas a observar e avaliar seu comportamento, julgando-o segundo critérios pessoais e sociais, de forma positiva ou negativa, de modo a adapta-lo às diversas situações. Esse termo é, também, utilizado por REICH (1995/1998) para designar a competência espontânea e visceral, própria da vida - um princípio que, mesmo tendo bases biológicas, atua na interação com o social. O autor fala de uma auto-regulação natural, que tem na potência orgástica o mecanismo saudável pelo qual o indivíduo libera suas tensões e se auto-regula.

2.2. O Bem-Estar Subjetivo

Ao indagarmos a uma pessoa se ela se sente saudável, ela poderá dizer que está ótima baseada em critérios do senso comum, tais como não apresentar nenhuma doença, possuir abundância de energia e vigor, ausência de depressão ou possuir opinião positiva sobre si mesma e sua vida. Ela poderá, a despeito de possuir alguma doença, dizer que está bem. Esta condição descrita tem sido chamada de bem-estar subjetivo¹⁴. DIENER e LUCAS (2000) dizem que a busca dos correlatos do “estar bem” deve considerar os fatores que fazem com que algumas pessoas digam que estão mais ou menos “felizes”. O bem-estar subjetivo pode ser definido enquanto uma categoria multidimensional que inclui a presença de experiências positivas e satisfação global com a vida, referindo-se à avaliação que as próprias pessoas fazem de suas vidas. É por isso que o bem-estar é um fenômeno subjetivo.

O [senso de] bem-estar subjetivo resulta da avaliação que o indivíduo realiza sobre as suas capacidades, as condições ambientais e a sua qualidade de vida, a partir de critérios pessoais combinados com os valores e expectativas que vigoram na sociedade. Seu indicador mais conhecido é a satisfação com a vida (NERI, 2001: p. 23).

Ampliando o estudo do bem-estar subjetivo a partir de pesquisas recentes¹⁵, NERI (op. cit.) destaca três elementos centrais para a utilização deste conceito: 1) a sua referência ao âmbito da experiência privada; 2) a necessidade de medidas cognitivas e emocionais para a sua avaliação que deve observar; 3) a abrangência de sua avaliação, podendo ser feita por aspectos globais ou por aspectos selecionados da vida (tais como o trabalho, a família, as amizades e a saúde).

Os estudos de DIENER e LUCAS (2000) sugerem que alguns aspectos sócio-demográficos (como idade, gênero, educação, renda e estado civil) têm se mostrado como indicadores importantes de bem-estar. Contudo, as avaliações subjetivas de recursos, incluindo suporte social, são indicadores mais fortes. Isto explicaria porque no relato de vários indivíduos que apresentam baixo nível de recursos externos, encontramos indícios da capacidade de manter a integridade

¹⁴ “(...) Atualmente, qualidade de vida na velhice, bem-estar psicológico, bem-estar percebido, bem-estar subjetivo e mais recentemente, envelhecimento satisfatório ou bem sucedido são expressões tidas como equivalentes. Formam um construto global, referenciado a diversos pontos de vista sobre envelhecimento como fato individual e social” (NERI, 1993 p.12-13).

psicológica e o bem-estar, quando se sentem valorizados, amados ou estimados. NERI (1993 p.10) explicou esse fato a partir do sistema de valores sociais:

Doenças, perdas de papéis ocupacionais e perdas afetivas, que têm maior probabilidade de ocorrência para idosos do que para adultos jovens, podem ocasionar diferentes graus de ansiedade, dependendo da história de vida pessoal, da disponibilidade de suporte afetivo, do nível social e de valores de cada um. Portanto, uma velhice satisfatória é largamente medida pela subjetividade e referenciada ao sistema de valores que vigora num período histórico determinado, para uma dada unidade sociocultural.

O conceito de satisfação na velhice parece, portanto, ligado ao conceito de ajustamento, incluindo o ajustamento a uma condição objetiva de saúde. O estudo longitudinal realizado entre os anos de 1965 e 1985 por RUDINGER e THOMAE (1990)¹⁶ merece destaque ao confirmar esta conexão. Eles concluíram que a saúde biológica é um dos mais citados preditores de bem-estar na velhice; entretanto, a saúde percebida e as maneiras como as pessoas lidam com a própria saúde são ainda mais preditivas do bem-estar do que as condições objetivas de saúde. A situação econômica e emocional e a satisfação com a família também são fatores considerados relevantes já que podem oferecer suporte social e material para o bem-estar subjetivo. O bem-estar na velhice depende, portanto, do status social, de variáveis de personalidade, de interações dentro da família e de atividades desempenhadas fora da família. Da mesma forma, os autores afirmam que a capacidade de iniciar e manter contatos sociais, medida por fatores motivacionais e cognitivos, influencia a percepção sobre a qualidade de vida. Sendo a própria avaliação que o idoso faz de sua situação atual um medidor importante de sua satisfação na velhice.

Corroborando esta conclusão, uma investigação sobre o ajustamento pessoal e social na velhice feita por pesquisadores da escola de Chicago¹⁷ constatou que envelhecer bem significaria estar satisfeito com a vida atual e ter expectativa positivas em relação ao futuro. A satisfação na velhice estaria associada à capacidade de manter ou restaurar o bem-estar subjetivo em momentos nos quais a pessoa estaria mais sujeita a riscos e crises de natureza biológica, psicológica e social

¹⁵ MYERS e DIENER (1995); RYFF e KEYES (1995); SUH et al (1996).

¹⁶ Bem como estudos realizados por SHOCK (1984) e BUSS e MADDOX (1985)

¹⁷ CAVAN, BURGUESS, HAVIGRST e GOLDHAMMER, 1949 (apud Neri, 1993).

(NERI, 1993). Em síntese, podemos afirmar que diferentes variáveis relacionadas à qualidade de vida na velhice podem causar diferentes efeitos sobre o bem-estar subjetivo¹⁸. Este aspecto multidimensional do bem-estar aparece nos modelos teóricos de explicação do fenômeno.

VICINI (2002), trabalhando com o conceito de velhice saudável, apresenta o modelo de bem-estar proposto por WITMER e SWEENEY, em 1992, construído a partir de conceitos das ciências sociais, biológicas e comportamentais. Esses autores propõem como pessoa idealmente saudável aquela que possui onze dimensões relacionadas à expressão de valores espirituais, qualidades físicas e relacionamentos sociais.

Conforme cita VICINI (2002), a primeira dimensão apresentada pelo modelo de WITMER e SWEENEY compreende os *valores espirituais*, expressos como crença na dignidade humana, nos direitos humanos, no respeito pela vida e na distinção entre meios e fins. Assim, para uma pessoa ser saudável é necessário ter propósitos, esperança, otimismo e valores que os guiem nas relações e nas decisões.

O *senso de valor* abrange a próxima dimensão e, junto com o *senso de controle* (uma outra dimensão), constitui o que comumente se indica como auto-estima. A auto-estima é o que permite à pessoa aceitar-se por aquilo que é, com suas fraquezas e imperfeições sem se deixar perturbar por elas e, ao mesmo tempo, sentir-se satisfeita consigo mesma; essa dimensão revelou-se, significativamente, relacionada com saúde física e mental e mostrou-se capaz de fortalecer as pessoas para que vivam com responsabilidade e com força para opor-se aos males pessoais e sociais que grassam na nossa sociedade. O *senso de controle pessoal* diz respeito a sentimentos de segurança (autoconfiança ou senso de competência), otimismo e habilidade para lidar com

¹⁸ Para uma melhor medida destas variáveis, (NEUGARTEN, HAVIGHURSTH e TOBIN, 1961 apud Neri 1993) elaboraram uma escala para avaliar a satisfação com a vida (*Life Satisfaction Index*). A escala mede cinco componentes de bem-estar: envolvimento e empatia, resolução e fortaleza, senso de equilíbrio entre metas desejadas e alcançadas, auto-conceito positivo e humor¹⁸. Essa escala de satisfação com a vida examina relatos dos indivíduos sobre as suas próprias vidas. Estas avaliações podem ser cognitivas (referentes à satisfação com a vida) ou afetivas (referentes à presença de prazer, alegria e felicidade). Embora estes componentes sejam isolados, eles estão sempre interrelacionados, sugerindo a existência de uma forte reciprocidade no construto. (ANDREWS e WITHEY, 1976, apud Néri 2000).

(autoconfiança ou senso de competência), otimismo e habilidade para lidar com situações de estresse. As pessoas cujo senso de controle deriva mais de suas próprias ações, esforço e persistência (controle interno) costumam informar-se mais sobre doenças e manutenção de saúde, empenhando-se mais nos cuidados de prevenção.

O *senso de realidade* é a dimensão que garante à pessoa idealmente saudável uma percepção não distorcida da realidade.

Outra importante dimensão é apresentada nas formas de *espontaneidade* e *emotividade* no comportamento externo e na vida interior (pensamentos, impulsos, emoções, desejos e opiniões). As pessoas espontâneas são sensíveis às dificuldades dos outros e olham para a vida como algo sempre passível de novidade. Elas dão vazão a sentimentos e os compartilham com os outros. Emoções suprimidas e negativas são prejudiciais ao bem-estar das pessoas. A rivalidade, por exemplo, contribui para distúrbios circulatórios e a cólera (mesmo contida) é considerada um fator de risco poderoso de morte precoce. Ao contrário, estados emocionais positivos e relaxamento parecem fortalecer nosso sistema imunológico. Isso ocorre ao abriremos nossos sentimentos para pessoas que têm atitude de não querer os julgar (VICINI, 2002).

A *estimulação intelectual, solução de problemas e criatividade* compõem uma dimensão que indica pessoas produtivas e ativas. Segundo VICINI (2002), pessoas idosas, quando estimuladas a serem intelectualmente produtivas e criativas, sentem-se rejuvenescidas e relatam um sentimento de bem-estar.

O *senso de humor*, principalmente acompanhado de boas risadas, é uma dimensão que produz efeitos de analgesia, relaxamento, energização, flexibilidade para solução de problemas, quebra de barreiras defensivas, melhora das trocas comunicativas e neutralização do estresse. O bom-humor age como um antídoto para o *distresse*, permitindo a coexistência de idéias e afetos na nossa consciência.

A próxima dimensão abrange a *prontidão, saúde física e nutrição*. Quanto a esse item, PAFENBARGER (Apud VICINI, 2002) concluiu que as taxas de mortalidade são, significativamente mais baixas entre pessoas fisicamente

ativas: um homem de meia idade pode esperar viver duas horas a mais por cada hora de exercício¹⁹.

O *sucesso no trabalho* constitui a dimensão que capacita o indivíduo a desempenhar um trabalho (remunerado ou não) útil para si e para os outros. A satisfação com seu próprio trabalho é um dos melhores indicadores de longevidade.

Também a *manutenção de amizades e de relações sociais* representa uma importante dimensão do bem-estar. Dividir aflições com os outros protege as pessoas do estresse e do adoecimento.

A *satisfação no casamento* ou em outro tipo de *relação íntima*²⁰ é a última dimensão apresentada. As pessoas que amam tendem a manifestar intimidades, a ser confiante, abertas aos outros, a manter compromissos de longa duração e, freqüentemente, mantêm relações sexuais. Tanto o casamento quanto os filhos e os amigos podem preencher dimensões amorosas.

Um outro modelo de análise do bem-estar subjetivo muito referenciado em pesquisas – e que, por esta razão, será utilizado na discussão dos dados deste estudo – é o proposto por RYFF (1991). Trabalhando com a qualidade de vida e bem-estar do idoso, a autora aponta e discute seis indicadores do bem-estar psicológico e satisfação na velhice:

- 1- *auto-aceitação* – implica em uma atitude positiva do indivíduo em relação a si próprio e o seu passado, reconhecendo e aceitando diversos aspectos de si mesmo, incluindo características boas e más;
- 2- *manutenção de relações positivas com os outros* – diz respeito a manter relações calorosas, satisfatórias e verdadeiras, preocupando-se com o bem estar alheio de modo a ser empático e afetuoso com os outros e permitindo que, também, se preocupem com ele;

¹⁹ É importante frisar que os benefícios dos exercícios não são apenas futuros; eles produzem imediato bem-estar psíquico, baixa ansiedade, relaxamento muscular e redução da depressão. Uma boa alimentação variada e balanceada produz efeitos positivos sobre a saúde, nosso humor e nosso desempenho.

²⁰ Há diferenças de gênero e idade na maneira de obter satisfação: as mulheres conseguem maior satisfação com pessoas que lhe dêem suporte emocional - afeição, segurança, alguém com quem poder contar e se abrir - os homens conseguem mais satisfação com suas esposas e com seus superiores no trabalho; os idosos conseguem satisfação com a família e os vizinhos; os jovens, com os amigos e os companheiros de trabalho; relações íntimas produzem certamente benefícios de saúde, saber amar a quem quer que seja, incluindo-se animais e plantas é uma boa medida de previsão de saúde mental (VICINI, 2000).

- 3- *autonomia* – refere-se a ser autodeterminado e independente, ter habilidade para resistir às pressões sociais para pensar e agir de determinada maneira e avaliar-se com base em seus próprios padrões;
- 4- *domínio sobre o ambiente* – é a competência para manejar o ambiente e aproveitar as oportunidades que surgem a sua volta, acima de tudo, sendo hábil para criar contextos apropriados às suas necessidades e valores;
- 5- *propósito de vida* – implica em ter metas na vida e um sentido de direção. O indivíduo deve ser capaz de perceber que há sentido em sua vida passada e presente, possuindo crenças que permitam perceber que a vida é significativa;
- 6- *crescimento pessoal* – é ter senso de crescimento contínuo e de desenvolvimento como pessoa, estando aberto a novas experiências e apresentando um senso de realização de seu potencial, de modo a reconhecer em suas mudanças autoconhecimento e eficácia.

O aspecto inter-relacionado das dimensões do bem-estar é enfatizado em todos os modelos descritos anteriormente e eles apresentam o bem-estar na velhice como estando além do sentimento de felicidade e satisfação com a vida. Suas multidimensões agem quando o idoso se *movimenta* com disposição e enfrenta os desafios da velhice; quando se reconhece como cidadão e põe em prática projetos de vida diversos, apesar das limitações do seu ambiente. Portanto, o bem-estar na velhice deveria emergir de práticas ou de recursos que possibilitassem a garantia integrada do máximo das suas dimensões.

O Capítulo seguinte apresenta o *Grupo de Movimento* como uma tecnologia que poderia vir a ser somada a outras estratégias de Saúde Pública voltadas ao objetivo de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar na velhice.

CAPÍTULO 3

O GRUPO DE MOVIMENTO

Como sugere GAIARSA, "o movimento é para nós o que a água é para o peixe; está presente em nós o tempo todo (...)" (1985 p.21). Podemos dizer que a vida é caracterizada pelo movimento, desde aqueles micro-celulares, involuntários e imperceptíveis, aos macros movimentos musculares, de natureza voluntária, em sua maioria, e responsáveis pela comunicação com o mundo externo, extrapele. Baseia-se, sobretudo nos movimentos de contração e expansão, como a nossa pulsação. Se nossos movimentos pulsatórios cessarem, poderíamos dizer que estaríamos mortos, pois não existiria mais vida em nossos corpos.

O trabalho com a técnica de Grupo de Movimento parte deste princípio ao apresentar-se como uma possibilidade de investigação e intervenção sobre a corporeidade humana em constante (re)construção. Para nos familiarizarmos com o universo dos Grupos de Movimento, este Capítulo discute os conceitos reichianos (Wilhem Reich) e bioenergéticos (Alexander Lowen) que deram o suporte teórico e técnico (história, definições e aplicações). A experiência desenvolvida com os idosos de Castelo a partir de julho de 1999, seguiu esses suportes ajustando-os às particularidades do grupo.

3. 1. Suportes Teóricos

3.1.1. WILHELM REICH (1897-1957)

As denominadas abordagens corporais têm seu ponto de partida, sobretudo, nos postulados teóricos e clínicos estabelecidos pelo psiquiatra austríaco WILHELM REICH. A marca da abordagem reichiana da saúde é a unicidade e a integralidade, a partir da qual a saúde é produto de processos biopsicosociais e políticos.

Rejeitando o reducionismo mecanicista e dualista existente no conceito biomédico de saúde dominante no início do Século XX, Reich buscou compreender os fundamentos biológicos e sociais na determinação da vida emocional. Assim, o corpo

humano para Reich é imerso na cultura e expressão de seus efeitos. Nessa imersão, o corpo possui um princípio auto-regulador²¹, uma sabedoria biológica que o leva a buscar o equilíbrio diante da ação do meio em que vive. A auto-regulação ancora-se em bases biológicas sólidas, faz parte de todos os seres vivos; é um conjunto coordenado de mecanismos internos que utiliza, espontaneamente, energias específicas do próprio organismo – a bioenergia – no sentido de regulá-lo (BELLINI, 1993). REICH (1995; 1998) enfatizou, sobretudo, as alterações biológicas e comportamentais decorrentes da estase dessa energia e suas conseqüências para a saúde.

Seu trabalho como pesquisador se estendeu de 1918 a 1957 e, segundo biógrafos e historiadores (por exemplo, BOADELA, 1985), dividiu-se em três fases: o “período psicanalítico” (1919 - 1927), o “período marxista” (1927 - 1938) e o “período orgonômico” (1935 - 1957). Em cada fase o autor foi influenciado por movimentos sociais e epistemológicos característicos.

Durante sua primeira fase, Reich recolheu de Freud e da psicanálise a descoberta do papel primordial da sexualidade e da libido como força desejante, - “potência específica do corpo sexual” (DADOUN, 1991 p.2) - considerando-a como uma energia orgânica que atinge sua expressão máxima no orgasmo.

Sob influência da filosofia materialista-dialética, durante sua segunda fase, Reich acreditava que a impossibilidade de desejar e de gozar esbarra no sistema social caracterizado pela redução do ser humano à mercadoria. Assim influenciado, ele buscou entender o mecanismo de incorporação e reprodução desse sistema repressivo que gera problemas sociais e de saúde, acompanhados de angústia.

O período orgonômico de Reich, o mais polemizado pela ciência, caracterizou-se pela tentativa de compreender e de comprovar a existência de uma energia cósmica primordial, denominada *orgônio* que, segundo ele, além de estar presente nos seres vivos, existiria também na atmosfera. Nessa fase, ele centrou suas pesquisas no estudo da formação espontânea dos *bions* (unidades mínimas de vida carregadas de energia e presentes em todo o universo) a partir de matéria orgânica e inorgânica. Os resultados desses estudos foram usados desde a compreensão do câncer até a compreensão de alterações meteorológicas.

²¹ Para BELLINI (1993) o princípio auto-regulador deve ser compreendido como uma sabedoria biológica, descrita pela 'homeose', sendo esta entendida como o organismo em desenvolvimento ou em mudança flexível, dentro de limites que indicam a capacidade do organismo auto-regular-se, adaptando-se às condições ou pressões do meio.

Sintetizando o percurso trilhado por Reich na busca de respostas para as patologias humanas e sociais, BOADELA (1985 p.12) afirma que “Reich percebeu que por trás de toda complexidade das ciências sociais, psicológicas e biológicas do ser humano, havia um simples fio condutor: ‘o tema da função bioenergética da excitabilidade e motilidade da substância viva’. Desenvolver esse fio, ele acreditava, era uma tarefa crucial da nossa época”.

Situando o universo e a lógica dos conceitos reichianos, discutiremos a seguir os conceitos que servem de pilares na edificação da técnica de Grupo de Movimento: energia, couraça muscular e potência orgástica (saúde).

3.1.1.1. Noção de Energia

A noção de energia está no cume do pensamento reichiano, compondo a base para o entendimento da dinâmica do organismo humano – a caracterização da personalidade (a formação dos caracteres e patologias). Ao dissertar sobre essa energia, REICH (1995; 1998) refere uma energia vital²², própria dos seres vivos, a *bioenergia*. O autor acreditava que bloqueios corporais impediam o fluxo natural e saudável dessa energia e, conseqüentemente, afetavam o desenvolvimento humano gerando patologias.

A premissa que sustenta sua proposta é a lei da física que pressupõe ser qualquer mobilidade física (ou movimento) um fenômeno energético e toda energia ser intercambiável. Esta premissa é válida para qualquer forma de matéria; para quaisquer fenômenos biológicos ou sociais. Conforme DADOUN (1991 p.55-56) comenta:

(...) quer analise as vivências emocionais e os diferentes modos de expressão de seus pacientes; quer descreva as circulações (...) da energia orgástica, para assinalar os momentos de êxtase e de bloqueio, os ganchos ou pontos de ancoragem e rigidez; quer coloque na cena, política ou antropológica, as intervenções repressivas da sociedade, (...) Reich trata sempre da mesma realidade primordial, da mesma “energia vital específica”, da bioenergia (...).

²² Entre 1935 a 1957 REICH trabalha com o conceito de orgone, um tipo de energia existente não somente nos seres vivos, mas no ar, nos mares. A este respeito DADOUN (1991) menciona que este período de sua obra, denominado como período orgonômico, é o mais polêmico de todos.

Ao adotar esta premissa, REICH conservou a referência às propriedades vitais do organismo sendo simpatizante das doutrinas vitalistas²³.

A influência vitalista se fez ativa no pensamento reichiano com o conceito bergsoniano²⁴ de "Impulso Vital". Entretanto, este conceito foi criticado, pois REICH (op.cit.) mantinha-se inquieto com a intangibilidade do fenômeno conceituado e da impossibilidade do mesmo ser manipulado (BOADELA, 1985). Por esta razão, o autor vai buscar nas teorias biológicas e psicanalíticas subsídios para o preenchimento desta lacuna²⁵.

Aspectos do conceito de bioenergia derivam do modelo freudiano. O modelo teórico desenvolvido por FREUD apresenta o homem como produto dos *desejos inconscientes*. Esses desejos inconscientes tendem a se realizar, restabelecendo os sinais ligados às primeiras vivências de satisfação, ainda na tenra idade. O sujeito é, assim, marcado pelo complexo de Édipo²⁶, que desempenha papel fundamental na estruturação da personalidade, determinando o indivíduo para toda sua existência. A esse respeito, LAPLANCHE e PONTALIS (1991 p.476) acrescentam:

Para Freud é, sobretudo, a existência de uma sexualidade infantil, que atua desde 'o princípio da vida, que vem ampliar o campo daquilo que os psicanalistas chamam sexual' e, ainda, 'sexualidade não designa apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas toda uma série de excitação e de atividades presentes desde a infância que proporcionam um prazer irredutível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental (respiração, fome, função de excreção, etc.) e que se encontram, a título de componentes, na chamada forma normal do amor sexual'.

²³ A este respeito REICH (1998) afirmou que "os pareceram sempre mais próximos de um entendimento do princípio essencial do que os mecanicistas, que cortam a vida em pedaços antes de procurarem compreendê-la". O vitalismo "é uma teoria científico-filosófica sobre a constituição interna dos vivos orgânicos, que, em primeiro lugar, vê uma diferença entre eles e os seres inorgânicos, diferença esta que não permite reduzir uns aos outros, e, em segundo lugar, admite no organismo um sujeito substancial próprio da vida orgânica... que recebe o nome de princípio vital". Deste modo são consideradas vitalistas as doutrinas "que põem como funcionamento dos fenômenos vitais uma força independente dos mecanismos físico-químicos" (ABBAGNANO, 1982 apud Rego, 2000).

²⁴ DADOUN (1991), ao falar sobre a influência de BERGSON em REICH, destaca as seguintes obras: "Ensaio Sobre os Dados Imediatos da Consciência", "Evolução Criadora" e "Matéria e Memória".

²⁵ REGO (2004) descreveu que REICH sentiu-se entusiasmado e aliviado ao encontrar a psicanálise e, a partir dela, 16 anos depois, ao demonstrar a identidade bioelétrica e sexual dessa energia. Esse entusiasmo aparece no trabalho "Os conceitos de pulsão e libido de Forel a Jung", apresentado nos seminários de sexologia promovidos no ano de 1919, pelos estudantes da faculdade de medicina da Universidade de Viena. Foi nesses seminários que ocorreu o primeiro encontro de REICH com FREUD, (ALBERTINI, 1992).

²⁶ Por "*Complexo de Édipo*" entende-se o "conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança sente em relação aos pais" (LAPLANCHE e PONTALIS, 1991 p.77).

Sob esta perspectiva, em estudos sobre a histeria, BREUER e FREUD (1892;1893 apud BOADELA, 1985) sinalizam que os sintomas histéricos seriam decorrentes de uma angústia gerada por um desvio do fluxo da excitação. Os sintomas representariam uma forma anormal de descarga para uma determinada quantidade de excitação que não era descarregada de outro modo. Assim sendo, somente a descarga da energia desviada produziria o efeito terapêutico desejado (BOADELA,1985). Desta forma, REICH (1998) postulou uma relação monista entre o físico e o emocional e suas conseqüências na saúde. Ambas – saúde ou doença – estariam ligadas necessariamente à possibilidade de haver ou não descarga emocional.

É esse o eixo seguido por REICH em sua teoria. Por isso, para ele, a Teoria da Libido é considerada como a *energia viva* da psicanálise. HIGGINS e RAPHAEL (1979 p.29) citam um importante fragmento do pensamento do autor quanto a tal teoria:

(...) Freud descobriu o princípio do funcionamento da energia no aparelho psíquico. *O princípio do funcionamento da energia*. Foi isso que o distinguiu de todos os outros psicólogos. Não tanto a descoberta do inconsciente. O inconsciente, a teoria do inconsciente, era, para mim, a conseqüência de um princípio que ele introduziu na psicologia. Trata-se do princípio, do princípio científico natural, da energia – a “teoria da libido”. Sabe que hoje resta muito pouco dessa teoria. (...) Considero o meu trabalho bioenergético sobre as emoções como uma continuação directa desse princípio de energia em psicologia (...).

A teoria da libido passa a ser a pedra fundamental da *Teoria do Orgasmo* de REICH. A perspectiva defendida por ele enfatiza “O tema da função bioenergética da excitabilidade e motilidade da substância viva” (BOADELLA,1985 p.12) e, conseqüentemente, o papel da sexualidade na saúde humana. A saúde é expressão da potencialidade orgástica, a principal manifestação do fluxo da bioenergia humana. Trata-se de um outro princípio básico presente na perspectiva reichiana, intimamente associado à noção de saúde: a Potência Orgástica. Para REICH, como se verá a seguir, ter saúde significa viver o mais próximo possível da potência orgástica, a qual refere-se à entrega amorosa, tendo no orgasmo pleno a sua mais ampla expressão.

Baseando-se na relação monista entre o físico e o emocional, e postulando a saúde associada à possibilidade de descarga da energia, o grupo de movimento

trabalha com a possibilidade de melhoria da saúde, por meio de exercícios que possibilitam a descarga da energia emocional. Desta forma é possível ao indivíduo entrar em contato com sua excitação quantitativamente (muita carga ou pouca carga energética) e qualitativamente (sensações e sentimentos presentificados neste estado de excitação) e criar mecanismos de descarregá-la (movimentos expressivos).

3.1.1.2. A Noção de Saúde Como Potência Orgástica

No livro "A Função do Orgasmo" Reich (1995) discutiu detalhadamente o papel da sexualidade na formação de indivíduos saudáveis, buscando compreender suas bases biológicas. Conceituou potência orgástica como "(...) a capacidade de abandonar-se, livre de quaisquer inibição, ao fluxo de energia biológica; a capacidade de descarregar completamente a excitação sexual reprimida, por meio de involuntárias e agradáveis convulsões do corpo" (op.cit. p.94). Para o autor, o reflexo orgástico é constituído por movimentos involuntários, apresentáveis na forma de pulsações biológicas presentes na fórmula do orgasmo: tensão-carga-descarga-relaxamento. Esta pulsação possui um princípio organizador próprio e está presente, segundo ele, em todos os seres vivos.

A sexualidade ocupa lugar central na teoria reichiana das neuroses. REICH (1995 p.101-102) atribuiu responsabilidade sobre as enfermidades psíquicas às disfunções sexuais. Com base em sua pesquisa na clínica desde 1920, ele afirmou: "(...) a perturbação da genitalidade não é, como se pensava, um sintoma entre outros. É o sintoma da neurose. Pouco a pouco todas as evidências levaram a uma conclusão: a enfermidade psíquica (...) é o resultado da perturbação da função genital, no sentido estrito da impotência orgástica".

Dessa forma, a potência orgástica está para a economia sexual assim como o complexo de Édipo está para a psicanálise. Nesse sentido, o autor (1995 p.93) afirmou, categoricamente, que quem não tem esta compreensão da importância da potência orgástica "não entenderá a diferença entre saúde e doença (...) não atingirá jamais o cerne da miséria sexual" e, ainda, que: "o processo sexual i.e., o processo expansivo do prazer biológico, é o processo vital produtivo *per se*." (op cit. p.18).

REICH afirmou que uma esmagadora maioria de pessoas sofre de impotência orgástica em função das enfermidades corporais e sociais estarem relacionadas com uma perturbação da capacidade natural de amar. Explicou que essas enfermidades ocorrem por bloqueios da energia biológica, sendo essa a fonte de ações destrutivas da condição humana.

“O homem alienou-se a si mesmo da vida, e cresceu hostil a ela. Essa alienação não é de origem biológica, mas sócio-econômica (...) O prazer natural do trabalho e da atividade tem sido substituído pelo dever compulsivo (...) A catástrofe internacional que estamos vivendo é consequência última dessa alienação da vida” (op cit. p.16-17).

REICH utiliza a expressão *miséria sexual* para designar as carências e penúrias generalizadas entendidas como decorrentes de ações repressivas da sociedade e denuncia a mesma como produtora de neurose que, através de meios repressivos, querem ostensivos querem sutis, doma os corpos dos indivíduos moldando-lhes o caráter e produzindo doença, (op. cit.).

3.1.1.3. A Noção de Caráter e Couraça Muscular

O conceito de caráter descreve a forma particular de cada indivíduo estar e interagir com o mundo intra e extra corpo. Refere a uma construção histórico-subjetiva das interações estabelecidas entre o corpo biológico com o corpo sociocultural (REICH,1998). MALUF JR. (2002 p.51-52) esclarece este conceito:

Caráter, no pensamento reichiano, é quase sinônimo de personalidade e diz respeito a padrões, modos repetitivos e característicos de atitude e comportamento frente a diferentes situações. (...) Reich percebe que dinâmica e funcionamentos corporais estavam diretamente ligados à questão da personalidade (...) se em termos de caráter, ou de personalidade, pode-se falar de padrões e modos típicos de comportamento, do ponto de vista somático existem posturas corporais, tensões musculares crônicas, além de ritmos fisiológicos como os da respiração (...) que, no seu conjunto, são os correlatos físicos da personalidade.

Segundo ALBERTINI (1992), este termo é utilizado por REICH para descrever o produto de um processo construído nas relações que o indivíduo

estabelece com seu meio social nos primeiros anos de vida. Não traz, portanto, a conotação de algo inato, como utilizado por outras teorias da personalidade. O próprio REICH (op.cit. p.7) deixou claro esse entendimento ao afirmar que "(...) a estrutura de caráter é o processo sociológico congelado de uma determinada época":

a estrutura social e econômica de uma sociedade age sobre a formação do caráter de seus membros, de modo indireto e muito complexo. A estrutura sócio-econômica da sociedade determina modos definidos de vida familiar, mas estes não só pressupõem formas definidas de sexualidade como também as produzem, na medida em que influenciam a vida pulsional da criança e do adolescente, do que resultam mudanças de atitudes e modos de reações.

Esse processo de congelamento ocorre no corpo e se relaciona à formação daquilo que se denomina Couraça Muscular²⁷. DADOUN (1991 p.133), a respeito do conceito de caráter, faz a seguinte colocação sobre como a história do sujeito se inscreve, sobretudo, no corpo:

Sendo o caráter a 'soma das experiências passadas do sujeito', essas experiências subsistem, acumulam-se, depositam-se em camadas estratificadas na couraça. Esta 'estratificação do encouraçamento (...) é comparável às estratificações geológicas ou arqueológicas, que são (...) história solidificada'. História sólida que Reich toma solidamente ao pé da letra: as experiências infantis, os conflitos, as repressões, as frustrações e as cargas energéticas que se ligam a eles formam *depósitos*, deixam traços precisos, fixam, para dizer tudo, no organismo, e o sistema muscular constitui o lugar privilegiado para tais fixações, para tais inscrições.

Na gênese dessa interrupção energética está a luta pela sobrevivência, a adaptação ao meio e a tentativa da manutenção do prazer. Mesmo parecendo paradoxal, existe explicação plausível para isto. O indivíduo, para sobreviver em um meio "hostil", utiliza parte de sua energia vital para sustentar deformações tônicas na musculatura corporal, que proporcionam uma contenção da excitação, uma vez que este organismo não encontra formas de descarregá-la.

²⁷ Em 1934, REICH apresentou pela primeira vez seu conceito de couraça muscular em um congresso de psicanálise, propondo a tese de que "(...) todo aumento de tônus muscular e enrijecimento é uma indicação de que uma excitação vegetativa, angústia ou sensação sexual foi bloqueada e ligada", havendo "uma identidade funcional entre couraça e hipertonia ou rigidez muscular (...)" (op.cit,1995 p.313).

Diante da ameaça de aniquilamento e perda de sua integridade, física e/ou emocional, o indivíduo prefere abrir mão de parte de sua vitalidade a morrer. O resultado disto é, além da perda de sua vitalidade, a diminuição dos movimentos corporais, bem como o comprometimento de sua capacidade excitatória e expressiva, devido às deformações tônicas do processo de encouraçamento.

Neste sentido, REICH (1998 p.151-152) entende o encouraçamento como:

uma formação protetora que se tornou crônica (..), pois constitui claramente uma restrição à mobilidade psíquica da personalidade como um todo.(...) seu modo de reagir procede sempre de acordo com o princípio do prazer e do desprazer. Em situações de desprazer a couraça se contrai; em situação de prazer ela se expande. O grau de flexibilidade do caráter, a capacidade de se abrir ou de se fechar ao mundo exterior, dependendo da situação, constitui a diferença entre uma estrutura orientada para a realidade e uma estrutura de carácter neurótico.

A estratégia de intervenção analítica consiste em propiciar o afrouxamento das tensões musculares e da censura, eliminando (a partir daí) o recalque e permitindo vir à consciência lembranças reprimidas:

A dissolução de um espasmo muscular não só libera a energia vegetativa, mas, além disso e principalmente, reproduz a lembrança de situação da infância na qual ocorreu a repressão do instinto. Pode-se dizer que toda rigidez muscular contém a história e o significado de sua origem (op. Cit., 1984 p.255).

ALBERTINI (1992), a este respeito, destaca que embora haja vinculação da couraça com a rigidez muscular, esse conceito também designa um estado crônico de relaxamento. Podemos inferir, então, que o patológico se constitui enquanto a impossibilidade de flexibilização da couraça. Desse modo, a capacidade de manter ou não uma plasticidade, ou seja, uma adaptabilidade a situações novas da vida, está intimamente ligada à flexibilidade ou rigidez da couraça, e diz respeito à saúde do indivíduo. O organismo saudável possui a capacidade de encourçar-se frente a uma situação de perigo, como forma de defesa, desencouraçando-se assim que retorna às condições de satisfação. Em contrapartida, na couraça cronificada há uma perda desta capacidade de contração e relaxamento, permanecendo o organismo na forma hipertônica ou hipotônica, não suportando os movimentos expansivos associados a perda de controle.

Neste sentido, a couraça muscular tem a função de impedir a descarga orgástica, bloqueando a entrega do organismo às sensações corporais inerentes a ele. Referindo-se a isto, GAIARSA (1984 p.40) descreve a couraça muscular do caráter como “todo o esforço de carga/contenção que despendemos a fim de controlar a fluidez dos afetos. É o dispositivo que transforma fluidez em estrutura”.

Podemos, assim, dizer que os movimentos expressivos eficientes – no que se referem à comunicação emocional do indivíduo no mundo e com o mundo – traduzem a saúde; as couraças musculares podem ser vistas como limitantes de nossa pulsação, respiração, sensações e sentimentos. Dessa forma, o ser encouraçado está limitado, e conseqüentemente, impossibilitado de expressar-se livremente ou saudavelmente. Claro está que o caráter é resultante da interrupção do movimento da energia corporal e esta conclusão afastou diretamente o espectro da dicotomia funcional mente-corpo da proposta reichiana. (BAKER, 1980 p.16).

Compreendido estes conceitos o G. M. entra em cena e se constitui enquanto tecnologia na qual, a partir de trabalhos corporais, objetivando a flexibilidade da couraça, a descarga da energia estagnada e aumentando conseqüentemente a vitalidade, e a saúde dos indivíduos.

3.1.2. ALEXANDER LOWEN (1910 - ____)

ALEXANDER LOWEN, médico nascido nos Estados Unidos, vivencia o universo da psicoterapia corporal desde os anos 40. Ele foi aluno e paciente de REICH entre 1942 e 1945. Partindo de estudos teóricos e de sua experiência nos trabalhos psicoterapêuticos com REICH (vegetoterapia carátero-analítica) e, mais tarde, nos anos 50, com a ajuda de JOHN C. PIERRAKOS, criou a escola de abordagem corporal denominada Bioenergética²⁸, garantida por especificidades conceituais e práticas.

²⁸ De fato, segundo Lowen (1982) avaliou, o trabalho de Reich nos anos 50 ficou voltado exclusivamente para a física orgônica, e sua aplicação, demonstrando pouco interesse pela análise do caráter, como até então. Havia, ainda, um clima de desesperança em uma terapia da neurose rápida e eficiente entre os seguidores de REICH. Para completar esse clima, houve perseguição ao movimento reichiano por parte de órgãos do Governo Americano (FDA) que culminou com a prisão de Reich e

A Bioenergética é uma psicoterapia somática fundamentada nas premissas propostas por REICH em sua primeira fase (conceito de energia, couraça muscular e potência orgástica), nos fundamentos psicanalíticos da dinâmica da transferência e contratransferência e na importância da relação terapêutica no processo de tratamento. LOWEN deu ênfase à prática terapêutica, sistematizada, sobretudo, por meio de exercícios de desbloqueio e expressão da energia acumulada na couraça muscular.

Quando comparada com a psicoterapia reichiana, vê-se que a Bioenergética não mantém a ênfase dada por REICH à sexualidade. A meta da psicoterapia não é mais a *potência orgástica*. LOWEN justifica o fato afirmando que “apesar de teoricamente válida, raramente [esta] produzia resultados que pudessem ser mantidos sob as condições da vida moderna.” (LOWEN, 1982 p. 36).

Para LOWEN (op. cit) a Bioenergética é:

(...) uma técnica terapêutica que ajuda o indivíduo a encontrar seu próprio corpo, e a tirar o mais auto grau de proveito da vida que há nele. Essa ênfase dada ao corpo inclui a sexualidade, que é uma das funções básicas. Mas inclui também as mais elementares funções de respiração, movimento, sentimento e auto-expressão. (p.38)

O objetivo desta técnica está referida ao conceito de saúde, plena auto-expressão do fluxo livre da excitação através do corpo, e é sintetizado por LOWEN (op. cit), nestes termos:

(...) ajudar o indivíduo a retomar sua natureza primária que se constitui na sua condição de ser livre, gracioso e a sua qualidade de ser belo. (...) A liberdade é a ausência de qualquer restrição de sentimentos e sensações, a graça é a expressão desse fluir em movimentos, enquanto a beleza é a manifestação da harmonia interna que tal fluir provoca. Esses fatores denotam um corpo saudável e, portanto, uma mente saudável. (p. 38).

sua morte, acirrando o desânimo. Lowen, entretanto, mantinha entusiasmo por uma forma de terapia baseada nos princípios reichianos (análise do caráter). Reformulando esses princípios, Lowen deu origem ao movimento da Bioenergética.

Desta forma, a Bioenergética busca, por meio de sua técnica, liberar e integrar o fluxo bioenergético corporal. O analista bioenergético está interessado pela forma com que o paciente conduz e vivencia sua energia e seus sentimentos por meio de um mecanismo de couraça defensivo e fracassado, (LOWEN, 1982).

LOWEN, ao aprofundar seus estudos sobre a dinâmica energética, introduz a leitura corporal no sentido de permitir ao terapeuta diagnosticar a dinâmica dos bloqueios energéticos, sem necessariamente conhecer toda a história do paciente. Também sistematiza uma série de exercícios para ajudar ao paciente a trabalhar sua respiração e couraça muscular e, conseqüentemente, entrar em contato com seus traumas e limitações, ampliando a capacidade de entrega ao outro e às próprias emoções, facilitando a compreensão dos seus problemas emocionais, a natureza e origem dos conflitos e trabalhando no sentido de aumentar a vitalidade.²⁹

Para LOWEN a compreensão da Bioenergética se sustenta na bioenergia, tornando esta terapia basicamente energética. Neste contexto os exercícios e movimentos são usados por serem basicamente energéticos, ajudando as pessoas a criarem mais energia em seu corpo. (LOWEN e LOWEN, 1985). LOWEN sistematizou exercícios focados na energia e na respiração.

Assim, dois exercícios básicos foram desenvolvidos com o objetivo de aumentar o fluxo respiratório, as sensações corporais e proporcionar vibrações, principalmente nas pernas, o *Arco* e o *Arco Invertido*:

- 1) com as pernas esticadas, dedos virados para dentro, joelhos levemente fletidos, arqueia-se as costas para trás, mobilizando a região inferior do corpo.

²⁹ O trabalho físico nesta abordagem tornou-se mais ativo por meio do uso de movimentos para expressar as emoções suprimidas, tais como bater, para expressar a raiva, o "Kicking" (bater pernas) para protestar.

- 2) na mesma postura anterior, dobra-se o tronco para frente, invertendo a primeira postura, e toca-se o solo com a mão levemente.

Destes dois exercícios surgiu o conceito central da Bioenergética que Lowen denominou de *Grounding*³⁰. Ele significa fazer contato com a realidade, com o solo onde se pisa, com o corpo e a sexualidade. “O termo *Grounding* implica a dinâmica de estar no chão, em contato com a terra [com a realidade]; por extrapolação, as noções de firmeza, e solidez, de estar com os pés na terra” (NETTO apud LOWEN, 1982 p:35). Por isso é utilizada nesta abordagem a expressão *estar em grounding* ou *grounded* para referir à pessoa bem centrada e que tem os pés no chão em contato com sua realidade, com a energia fluindo por todas as áreas do corpo.

A auto-expressão e sensação de estar em *grounding*, concorrem para o desenvolvimento de indivíduos mais forte, capazes de suportar e sustentar o aumento das sensações corporais e promover sua identificação com a natureza sexual em relação com o mundo (LOWEN, 1982). O trabalho com o corpo é feito respirando bioenergeticamente, observando as vibrações e o *grounding*, sem os quais não podemos falar em bioenergética.

3. 2. A Técnica de Grupo de Movimento

O Grupo de Movimento (G.M.) vincula-se ao universo das psicoterapias corporais sendo um dos recursos de trabalho sobre o corpo, aplicado com o objetivo de obter efeitos sobre o comportamento humano. Em sua utilização, viabiliza a mobilização da energia corporal e a expressividade humana, podendo ser aplicado em diversas situações, às quais tanto podem definir as características de formação do grupo (grupo de idosos, adolescentes, mulheres,...) quanto sua tipologia (grupos de formação, de pacientes, de promoção da saúde e outros).

³⁰ Ground = solo, chão. No cap. 6 do livro Bioenergética, de Lowen, este descreve de forma detalhada o conceito e propõe vários exercícios para sua obtenção

O desenvolvimento histórico e conceitual dessa técnica de intervenção pode ser compreendido a partir dos estudos desenvolvidos por GAMA e REGO (1994), nos quais podemos verificar que os grupos, hoje conhecidos com o nome genérico de *Grupos de Movimento*, já apresentaram outras denominações, tais como Grupos de Exercícios Reichianos, Expressão e Auto-expressão pelo Movimento e Grupo Reichiano de Movimento.

Na década de 70, LOWEN, considerado um dos pioneiros no uso dos G.M.'s, chamou-o de *Bioenergetic Exercise Class*, utilizando-o como complementação da psicoterapia e como meio de manutenção do desbloqueio energético, possibilitado durante o processo de intervenção.

Também na década de 70, tem início no Brasil esta prática, sendo que os primeiros a lançarem mão dos G.M.'s. foram GAIARSA nos Grupos sem Palavras³¹ e FAVRE nos Grupos Terapêuticos e de Formação em São Paulo. Estes últimos grupos integravam exercícios do Psicodrama, da Bioenergética, da Biodinâmica e Eutonia com competência e criatividade, gerando um modo particular de fazer G.M.

A importância dos trabalhos desenvolvidos por FAVRE é citada por GAMA e REGO (1994), afirmando que a autora influenciou todos da nova geração de terapeutas corporais paulistas que utilizam o G.M. como técnica de trabalho, como é o caso de CARVALHO (1973) e SOFIATI (1993), os quais, por sua vez, contribuíram de modo significativo para a expansão e desenvolvimento de novos estilos para a aplicação desse modo de intervenção desde a década de 1980.

É necessário ressaltar, entretanto, que apesar desses grupos terem surgido dentro das psicoterapias corporais e constituírem-se como instrumento de trabalho a partir das expressões emocionais, os mesmos não podem ser confundidos com os grupos psicoterapêuticos, nos quais se trabalha a relação transferência³² e a interpretação³³, conceitos oriundos do arcabouço teórico

³¹ Nos grupos sem palavras, como o próprio nome sugere, as pessoas se encontravam e se relacionavam sem utilizarem expressões verbais. Os objetivos destes grupos eram possibilitar a vivência corporal e expressão das emoções por meio da comunicação não verbal.

³² Transferência: termo utilizado pela psicanálise para designar "o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente, no quadro da relação analítica. Trata-se aqui de uma

herdado da psicanálise que se mantêm como fundamentais na psicoterapia reichiana.

Nos G.M.'s o verbal apresenta papel secundário, a ênfase fica por conta da presentificação da experiência pessoal e privada que, ao ser relatada ao grupo, torna-se pública e compartilhada. Esse compartilhar possibilita a construção de empatias e vínculos, identificações e estranhamentos. Sendo elucidativas as colocações feitas por GAMA e REGO (1994 p.16):

Nos grupos de movimento não há a elaboração verbal, interpretação, trabalho sobre a transferência, discussão da dinâmica de grupo. Ocasionalmente cabem comentários, desabaços, explicações. Compartilhar a experiência vivida é importante, e o coordenador pode organizar e comentar os relatos, mas raramente se adentra na profundidade de cada caso no contexto de um Grupo de Movimento. O verbal ocupa um papel nitidamente secundário, acessório, complementar. (...) O Grupo de Movimento cumpre sua função ao propiciar um desbloqueio emocional, enquanto que numa psicoterapia isto poderia ser apenas o começo de uma sessão ou num processo individual ou grupal.

Na mesma direção, LOWEN e LOWEN (1985 p.13) reforçam esta idéia afirmando que os exercícios do grupo de movimento não substituem a psicoterapia, pois “eles não resolverão problemas emocionais profundos [...] muito freqüentemente pessoas que não estão em terapia e fazem os exercícios, decidem que precisam de tal ajuda”.

Os G.M.'s têm como eixo central propiciar a intensificação do contato entre as pessoas com sensações corporais, por meio de exercícios diversos que mobilizem estados pulsatórios do organismo, objetivando o reconhecimento e/outransformação do seu estado de presentificação e a ampliação da mobilidade e repertórios de respostas do indivíduo na interação consigo mesmo e com o outro, além de buscar a ampliação da percepção do potencial de cada indivíduo em vivenciar suas emoções.

repetição de protótipos infantis vivida com um sentimento de atualização acentuada” (LAPLANCHE e PONTALIS, 1991 p. 514).

³³ Interpretação: “Destaque, pela investigação analítica, do sentido latente nas palavras e nos comportamentos de um sujeito. A interpretação traz à luz as modalidades do conflito defensivo e, em última análise, tem em vista o desejo que se formula em qualquer produção do inconsciente” (op cit: 245).

Nas palavras de GREEM (apud Gama e Rego, 1994 p.18), podemos dizer que, de forma genérica, os Grupos de Movimento têm como objetivos:

Ajudar cada participante a fazer maior contato com seu próprio corpo, a ampliar as sensações corporais, a tornar-se consciente das tensões musculares e dos bloqueios existentes em seu corpo e trabalhando com movimento e respiração num processo gradual, buscar sua liberação. O resultado que buscamos chegar com este processo é um fluxo mais livre de energia no corpo, o qual traria consigo um sentimento mais intenso de estar vivo (...).

Baseados nos pressupostos teóricos de REICH (bioenergia e couraça muscular) e partindo do trabalho de consciência corporal, o G. M. apresenta-se como uma técnica que possibilita "tocar o sujeito de forma profunda levando-o a perceber suas formas corporais de estar no mundo" (GAMA e REGO, 1994 p.15), possibilitando a sua autopercepção.

Mesmo apresentando a teoria reichiana como fonte inspiradora deste modo de intervenção, o G.M. possui contribuições de diversas outras escolas de pensamento psicológico e do desenvolvimento clínico da teoria, permitindo a formação de um feixe de variações práticas que matizou, de maneira diversa, as técnicas dos G. M.'s, conforme a especificidade de cada grupo a ser trabalhado e o que se pretende priorizar.

Os coordenadores de tal técnica, geralmente, são psicoterapeutas corporais que utilizam exercícios específicos, oriundos dessa proposta de intervenção, associados a outros de origens diversas³⁴ adaptados às finalidades desejadas (GAMA e REGO, 1984). Um exemplo desta associação prática seria a utilização de exercícios fisioterapêuticos para trabalhar a ampliação da respiração com a finalidade de acessarmos sensações e sentimentos bloqueados, ou ainda, exercícios da Biodança para aumentarmos nosso repertório de movimentos expressivos no contato com o outro.

Sendo tão rico em possibilidades de atuação, a criatividade e a experiência profissional do psicoterapeuta tornam-se diferenciais para a diversificação na elaboração e condução dos G.M.'s, estando sua prática intrinsecamente

³⁴ Como teatro, dança, canto, artes marciais, Educação Física, Fisioterapia, Eutonia, Biodança, exercícios expressivos diversos e técnicas orientais.

relacionada à perspectiva teórica utilizada por seus coordenadores. Nesse sentido, SOFIATI (1993 p.96), em relato sobre sua experiência com essa técnica, nos diz que esse:

(...) é um trabalho de consciência e de expressão de si (pelo corpo) totalmente voltado para a desalienação e mudança e, neste sentido, pode ser considerado um espaço produtor de subjetividades (...) há várias possibilidades de o compor e conduzir, pela própria característica de plasticidade que, de certa forma, já o define (...). Existem inúmeras variantes, que vão da personalidade até influências teóricas próprias do profissional que o coordena, que acaba imprimindo ao trabalho, diferentes formas de acontecer.

Mesmo apresentando várias modalidades para a composição do grupo, como a possibilidade de ser constituído por grupos abertos (aqueles em que a entrada de novos membros pode se dar a qualquer momento) ou fechados (onde se estabelece um número de participantes e não é permitida a entrada de novos integrantes), os G.M.'s são organizados segundo algumas regras consensuais. Uma delas diz respeito a sua periodicidade, devendo ser realizados com intervalos semanais e tendo cada encontro a duração média de 1h e 30min. a 2h. O respeito ao limite emocional, corporal e disponibilidade na execução dos exercícios de cada participante também é regra geral, assim como o número de participantes, que varia entre 8 a 10 componentes GAMA e REGO (1984).

Na análise dos resultados ou efeitos dos G. M., GAMA e REGO (1994) destacam seu caráter terapêutico curativo, preventivo, pedagógico e social. O aspecto terapêutico curativo é mencionado no que se refere à possibilidade da dissolução de conflitos emocionais e sintomas.

A denominação de preventivo ou psicoprofilático é utilizada quanto à produção do autoconhecimento. Por meio da linguagem expressiva do organismo caminha-se em direção de um fluxo mais livre da sua energia, com descargas energéticas e emocionais mais espontâneas, a partir das quais ocorre a redução das tensões e maior vitalidade.

Seu dimensionamento pedagógico e social é destacado nos Grupos de Movimento por meio da tomada de consciência de sua condição enquanto pessoa e grupo, proporcionando ao sujeito um aprendizado consigo e com o

outro. Nesse sentido, há o desvelamento de novos caminhos e possibilidades existenciais.

Podemos falar de grupo de movimento enquanto uma realidade em expansão. Eles saem dos consultórios e ganham espaço em empresas, escolas, e diversas outras organizações, diversificando sua clientela e chegando à rede pública. Sua utilização no âmbito da promoção de saúde, especificamente voltada para a população de idosos e na rede pública, foi realizada de maneira consistente por VILAS-BOAS (1994) e SOFIATI (1993) no Estado de São Paulo, abrindo caminho para que experiência semelhante fosse desenvolvida junto à população de idosos do Estado de Espírito Santo.

3.3. O Grupo de Movimento de Castelo³⁵

A história do G. M. de Castelo se deu a partir da demanda de alguns membros do Clube da amizade de Castelo,³⁶ que solicitaram um trabalho específico voltado à melhoria das condições de vida e saúde de seus integrantes (idosos), indo além dos encontros para o lazer (a dança, bingos, conversas informais) praticado pelo grupo até então. A idéia era propor uma atividade para esta população, dentro de uma perspectiva de promoção da saúde. Assim, com nossa formação em psicoterapia corporal, sugerimos os G. M.'s.

Para sistematizarmos os G. M.'s de Castelo, tomamos por base os conceitos reichianos de couraça muscular, saúde e bioenergia, como descritos anteriormente. Desta forma, entendemos que ao trabalharmos com o corpo do idoso em movimento, sua vitalidade, sensações e sentimentos são mobilizados. Esses elementos a serem mobilizados estão associados a uma história pessoal (que é social) com um passado e um presente que probabilizam um futuro. Esta história só existe em um corpo modificado e a modificar-se; aquilo que constitui o caráter

³⁵ Todo trabalho realizado foi documentado, com autorização prévia de todos os participantes, através de fotos, gravações, filmagens e depoimentos escritos. Estes registros serviram como base para o processo de avaliação do projeto, bem como, para o desenvolvimento deste trabalho acadêmico.

³⁶ O Clube da Amizade é uma associação de idosos, sem fins lucrativos, com a finalidade de promover eventos culturais e de lazer para seus associados. Sua coordenadora e fundadora é a Sra. Inês Campos Dall'Orto Cassagrande. A associação agrega 450 idosos e foi fundada em 1993..

(REICH, 1995). O trabalho com o G. M. de Castelo referenda o entendimento de corpo como permanência, que se constrói nas redes das relações sócio-históricas e subjetivas, indo além do foco nos aspectos anatomo-fisiológicos. Um corpo que envelhece e se modifica, na decorrência temporal da ontogênese (LASCHER, 1986), sempre em desenvolvimento, com perdas e potencialidades em todas as fases da vida (BALTES, 1990). Assim sendo, acreditamos que mobilizando a história pessoal e social por meio de trabalhos corporais temos a possibilidade de (re)construir posturas (corporais e existenciais) e de (re)formular caminhos mais adequados às necessidades e capacidades dos idosos.

O projeto inicial foi executado entre julho e dezembro de 1999 e previa dois tipos de atividades: palestras com temas relativos às principais questões do envelhecimento, saúde e corporeidade e os G. M.'s.³⁷

As palestras tinham como finalidade divulgar o trabalho do grupo de movimento e reunir os idosos para atividades outras, além de lazer (a única oferecida ao grupo, até então). Toda a população idosa de Castelo e proximidades (grupos organizados de Aracuí, Estrela do Norte) foi convidada para participar das palestras. As palestras contaram, cada uma, com, aproximadamente, 300 idosos e abordaram os seguintes temas: questões do envelhecimento – conceitos atuais – mitos e verdades, qualidade de vida e envelhecimento e atividade física e a saúde na 3ª idade.

Na primeira palestra foi apresentada a proposta do G.M. e abertas as inscrições para a participação, seguindo dois critérios de inclusão: ter completado 60 anos e participar do Clube da Amizade. O primeiro critério seguiu a legislação brasileira quanto à Política Nacional do Idoso, lei nº. 8.842, art. 2º de 4 de janeiro de 1994, que considera idoso o indivíduo maior de sessenta anos de idade, consolidando o indicativo da OMS (BRASIL, 1994). O segundo critério foi estabelecido com a finalidade de fortalecer o único grupo formalmente organizado de idosos existente no município.

³⁷ O trabalho de G.M. em Castelo teve início em julho de 1999 com previsão de término para dezembro do mesmo ano. Entretanto, conforme avaliação feita pelos participantes, foram percebidas mudanças significativas em seus corpos e em suas vidas diárias. resolvemos estender os grupos de movimento, que permanecem até os dias de hoje, totalizando cinco anos de duração. Neste estudo, entretanto, serão apresentados e discutidos os dados coletados em dezembro de 2003.

Assim formou-se um grupo com 15 idosos. Os trabalhos nos G. M.'s com esses idosos foram supervisionados por esta pesquisadora e coordenados por Carlos Antonio dos Santos, profissional de Educação Física, pós-graduado em Educação – Processos Educacionais, psicoterapeuta Bioenergético, residente em Castelo.

O espaço para realização dos G. M.'s foi a sede do Clube da Amizade, situada à rua Vereador Anísio Novaes, 22, no bairro Independência, no município de Castelo³⁸.

No primeiro encontro com o grupo foi estabelecido um contrato de trabalho. Foi apresentada a proposta do G. M. (objetivos, procedimentos, etc.) e discutidos os elementos essenciais do contrato: sigilo, respeito e cuidado com o outro, participação, os dias, a duração e horários dos G. M.'s. Ficou estipulado que as sessões de G. M. aconteceriam semanalmente, nas terças-feiras, e durariam 1 hora e 30 minutos, começando às 15 horas e terminando às 16 horas e 30 minutos. Como parte do contrato, os idosos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, permitindo a filmagem das sessões *video-tape*. Os participantes também preencheram uma ficha de inscrição e um questionário sobre as condições sócio-econômicas, de saúde e eventos de vida (Anexo 1).

Como em todo início de trabalho com pessoas, o primeiro contato pode ser acompanhado por inseguranças, medo do desconhecido, dúvidas, timidez (GAMA e REGO, 1994) e outras questões que tornam esse momento a base da construção das interações em um grupo novo. Assim, foi investido tempo para que todas as dúvidas fossem tiradas, objetivando a construção de uma relação de confiança e tranquilidade.

Neste encontro foi conduzida uma técnica³⁹ de apresentação a partir da qual todos, inclusive esta pesquisadora e o coordenador, puderam falar de algumas características pessoais. Com isso foi possível a quebra do “gelo” comum no início

³⁸ Apesar de arejado e amplo, o local possui duas impropriedades para o trabalho proposto: é devassado, assim, o grupo é visto quando está fazendo suas atividades e o chão de cimento não traz conforto, uma vez que nos G.M. os trabalhos são realizados com os participantes descalços. Mesmo assim, na falta de outro local, o grupo optou pela realização do trabalho nesse espaço, devido a sua localização central e amplitude.

³⁹ Dinâmica denominada “QUEM É VOCÊ” encontrada na página 23 do livro de PINTO (1999).

características pessoais. Com isso foi possível a quebra do “gelo” comum no início de todo processo grupal, facilitando a intercomunicação do grupo e o início da construção de uma rede grupal. Nesse momento as curiosidades e dúvidas foram sanadas e os medos foram, aos poucos, diminuindo. Como consequência, o ambiente tornou-se mais “aquecido”. Podíamos notar sorrisos mais abertos, falas mais numerosas e espontâneas.

Para encerrar, pedimos para cada um falar de suas expectativas com o trabalho proposto e como estavam saindo daquela sessão. As falas sobre as expectativas serviram para verificarmos se a proposta tinha sido bem entendida e quais eram as referências para a montagem dos grupos subsequentes.

3.3.1. GRUPO BÁSICO

Chamamos *grupo básico* os grupos padrões de grupo de movimento, com objetivos e tempo de duração pré-estabelecidos, diferenciando daqueles nos quais acontecem eventos especiais, como comemorações diversas (aniversários, natal) fatos inesperados (como notícias de desligamento, relacionados a estado de doença ou entrada de novos membros, dentre outros) que necessitam de mudanças de última hora ou no desenrolar do trabalho. Cada grupo é composto de três momentos específicos, como sugerido pelo procedimento padrão dos G. M.'s: (GAMA e REGO, 1994; VOLPI e VOLPI, 2001), detalhados a seguir:

3.3.1.1. Aquecimento

O período de aquecimento é constituído pelo conjunto de procedimentos que visam preparar o grupo para entrada no trabalho específico daquele dia. É nesse momento que cada um tem a oportunidade de responder à pergunta básica “Como está?” e, conseqüentemente, voltar sua atenção para seu corpo e seus processos. No caso dos grupos de idosos, caracterizados por possuírem algumas patologias já instaladas (hipertensão, diabetes, artrose, depressão), esta fase se torna de tamanha relevância, sendo necessário o esclarecimento sobre como cada participante está se sentindo e como passou aquela semana, para podermos determinar o ritmo do trabalho ou, mesmo, alterar os exercícios programados.

No aquecimento é pedido para que os participantes sintam seu corpo, conectando sua fala com suas percepções corporais e, só após este momento, interferimos nos estados corporais referidos de alguma forma (respiração curta ou ofegante, flacidez ou rigidez de alguma parte específica do corpo, palidez ou cor estranha na pele, dentre muitas outras possibilidades) propondo algum exercício específico (respirar profundamente, fazer posição de *grounding*, espreguiçar e assim por diante, dependendo do que foi relatado ou observado). Em geral esses exercícios são movimentos de soltura das articulações e musculatura de todo o corpo. Promovem um aquecimento corporal, facilitando a circulação sanguínea e respiratória, vitalizando o organismo.⁴⁰

Considerando que um dos propósitos do G. M. é criar no grupo uma cultura de relação íntima com o próprio corpo e com a corporeidade dos colegas, alguns autores (GAMA E REGO, 1994) sugerem um tempo em torno de 10 min. para esta etapa. Entretanto, nossa experiência mostrou que os idosos desse grupo em particular (e, possivelmente, os idosos em geral) tinham necessidade de falar sobre suas percepções dos aspectos físicos (e, no decorrer do tempo, dos seus sentimentos) com detalhes. Então, avaliamos que seria necessário e útil um tempo maior de aquecimento e, assim, o tempo utilizado nesta etapa foi, em média, 20 min.

3.3.1.2 - Desenvolvimento

Após a preparação (aquecimento), na qual cada idoso tem a possibilidade de desligar-se de questões do “mundo lá fora” e ater-se em si mesmo e naquilo que está acontecendo no grupo, entramos especificamente nos exercícios referentes ao tema e objetivos daquele dia.

Esta etapa, que teve duração média de 30 minutos, tem relação direta com o objetivo do trabalho e pode ser considerada a parte principal do mesmo. VOLPI e VOLPI (2001, p. 68) a comparam a um mergulho no qual “você se aprofunda até onde é capaz e o quanto é possível e, num determinado momento, é necessário que faça o movimento de volta à superfície”. Dois aspectos são de fundamental importância nesta tarefa: ter claramente traçado o tema e os objetivos de cada grupo e conhecer características do grupo para saber até que profundidade vai “este mergulho”. Isso se refere aos limites e potencialidades dos participantes.

⁴⁰ Nesta fase foram usados os exercícios sugeridos em ANDERSON (1983); GAIARSA (1984); LOWEN e LOWEN (1985) e GUITHER (1989).

3.3.1.3 - Fechamento

Com um tempo de duração de 20 a 30 minutos, esta é a etapa final do grupo, na qual verificamos (como no aquecimento) como cada participante vivenciou os trabalhos e como está se sentindo, por meio da expressão verbal dos participantes e observação do coordenador. Fazemos isso porque é importante saber como as pessoas estão saindo desse tipo de trabalho, que interfere tanto com os aspectos físicos quanto emocionais. Se necessário, nesta etapa é utilizado algum exercício de integração ou relaxamento, ou ainda, quando a etapa anterior for muito introspectiva, é realizado algum exercício que favoreça contato com o outro ou alguma outra forma de contato externo.

No grupo com os idosos, tivemos uma preocupação especial com esta etapa porque era comum a presença de portadores de algumas doenças crônicas isoladas ou associadas. Era necessário que os participantes saíssem integrados. Não necessariamente relatando sentimentos agradáveis, mas sobretudo indicando uma capacidade de processar e assimilar os eventos ocorridos durante os trabalhos, em seus aspectos cognitivos, emocionais e físicos. Deste modo, dávamos preferência aos trabalhos em que todos pudessem participar, falando de suas experiências vivenciais⁴¹. Caso necessário, um ou outro participante realizava exercícios individuais com objetivos integrativos⁴².

3.3.2. FASES DO GRUPO

3.3.2.1. Fase I: período de agosto 1999 a dezembro de 1999

Com os grupos de idosos formados a partir das palestras, montamos os G. M's. Avaliando as leituras corporais e os dados dos questionários, vimos que os idosos do grupo, em sua maioria, possuía corpos rígidos, flácidos, desvitalizados,

⁴¹ Como exposto anteriormente, na técnica de Grupo de Movimento a fala neste processo não se constitui enquanto material de interpretação, servindo somente para elaboração e integração dos processos vivenciados durante os trabalhos corporais e troca de experiências com os outros membros do grupo, constituindo um espaço de aprendizado a partir das experiências individuais compartilhadas.

⁴² Esta estratégia de atendimento especial às necessidades individuais deve ser adotada com cautela. Ao mesmo tempo que se faz necessária, em alguns casos, um coordenador iniciante pode, muitas vezes, cair naquilo que se chama 'armadilha de caráter', ou seja, um ou outro participante sempre demandar atenção especial. Sugerimos supervisão constante.

com posturas fora do eixo, doenças circulatórias, baixa potência respiratória. Portanto, era necessário intensificar os trabalhos corporais de soltura e relaxamento visando, basicamente, o afrouxamento da couraça muscular, e o aprofundamento da respiração. Especificamente, os exercícios advieram da Bioenergética, Biodinâmica e da Cultura Física (exercícios de relaxamento, soltura e alongamento) e tiveram como objetivos:

- ampliar o fluxo respiratório, mobilizando sensações e sentimentos;
- favorecer o processo de sensibilização e conscientização corporal, melhorando a autopercepção;
- aumentar a mobilidade corporal e o repertório de movimentos expressivos;
- favorecer os processos de interação grupal, ampliando a rede de suporte social a partir da troca de experiências;

Os trabalhos de alongamento foram realizados com a finalidade de soltar e tonificar a musculatura cronificada pela couraça. Possibilitamos tanto os alongamentos espontâneos (espreguiçar, fazer caretas e esticar-se) quanto os dirigidos. Os primeiros trabalham grupos musculares de forma livre e os segundos trabalham grupos musculares de forma sistematizada. Ambos são sugeridos em práticas da Cultura Física (ANDERSON, 1983; GUNTHER, 1989) e outros da Bioenergética (HOLFMANN e GUDAR, 1997; LOWEN E LOWEN, 1985).

Com o auxílio de exercícios da bioenergética é possível liberar as tensões musculares crônicas – couraça muscular – e ativar os processos bioenergéticos que têm lugar no corpo, podendo-se, por assim dizer, trazê-los “à tona”. Isto nos leva a uma nova atenção para com o nosso vivenciar psicossomático (...). (HOLFMANN e GUDAR, 1997; p:9)

Os exercícios de respiração foram planejados a partir das sugestões de GAIARSA (1984) e LOWEN E LOWEN (1985). Seu uso baseou-se no fato de que a respiração é uma forma especializada de pulsação que pode bloquear (ou intensificar) sensações e sentimentos. Assim, a alteração da respiração é, junto com o desbloqueio da musculatura, um ponto-chave na intervenção nos G.M.'s (REICH, 1998; LOWEN, 1982). Foi por esta razão que GAMA e REGO (1994) enfatizam que os exercícios respiratórios devem ser efetuados em todos os encontros do G. M. E foi o que ocorreu no G. M. de Castelo.

Partiu-se da seguinte premissa: a função respiratória de captação, transformação e eliminação de gases gera energia que mobiliza o dentro e o fora do corpo e, como uma onda, impulsiona os demais ritmos corporais. O controle respiratório estabelece um padrão respiratório, um ritmo pulsatório diretamente relacionado ao caráter. Pode ser observado que a interferência no fluxo respiratório alterava os padrões crônicos de funcionamento da estrutura corporal dos participantes, conforme apontado por REICH (1998).

A partir de observações durante os exercícios e de relatos durante os fechamentos dos grupos, observamos que a interferência no fluxo respiratório e em seus bloqueios, ampliou a mobilidade e capacidade da sua função, resultando em benefícios físicos (oxigenação do sangue, das células e tecidos e, conseqüentemente, aumento da vitalidade) e emocionais (sensação de liberdade, bem-estar e espontaneidade), conforme assegurado por LOWEN (1982).

Buscando intensificar as relações interpessoais, foram utilizados exercícios em duplas (massagens, duplas de dança, imitação dos movimentos alheios, dentre outras possibilidades sugeridas por GAMA e REGO, 1994 p. 54, 63). Como esperado, observamos a descontração gradativa dos corpos (movimentos mais soltos) e o aumento da intimidade entre os participantes (manifestações afetivas e brincadeiras).

No final desta fase os idosos, por meio de uma avaliação oral, os idosos relataram melhora em aspectos emocionais (depressão, timidez) diferença positiva em seus corpos (maio, vitalidade e força) assim como disseram observar melhora nas relações interpessoais. Baseado neste diagnóstico positivo foi sugerido pelo grupo e aceito a proposta de continuidade G.M's, depois de um período de férias (Janeiro de 2000).

3.3.2.2. Fase II: fevereiro de 2000 a dezembro de 2003

Avaliando positivamente o amadurecimento do grupo em relação à construção de intimidade com os processos corporais e a disponibilidade do grupo para trabalhos mais intensos, de mobilização e expressão emocional, exploramos principalmente a ampliação dos repertórios de interação pessoal e relacional, visando a construção de novas formas de expressão corporal no mundo. Tal como na *Fase I*, tivemos como objetivos ampliar o fluxo respiratório e intensificar o

processo de sensibilização e conscientização corporal. Entretanto, nesse momento focalizamos nossa atenção no aumento tanto da mobilidade corporal quanto do repertório dos movimentos expressivos nas relações consigo mesmo e com o outro.

Intensificamos os trabalhos de consciência corporal, incorporando os exercícios dos “Cinco Passos”⁴³ propostos KELEMAN (1995) - excelente recurso técnico para trazer à consciência formas corporais, sensações e sentimentos que estamos vivenciando em um momento específico.⁴⁴ Os sugeridos por SOUZA (1996), uma série de oito grupos de exercícios denominada “Do Involuntário ao Voluntário”⁴⁵, também concorreram nesta direção.

Os trabalhos de dupla tornaram-se mais freqüentes, possibilitando acolhimento das diferenças, a construção de vínculos e cuidado com o outro. Foram feitos trabalhos de massagens integrativas e de assentamento, como os propostos por GUNTHER (1979). Utilizamos também os exercícios de mobilização de energia e de expressão emocional da Bioenergética. Os mais utilizados foram *grounding* e suas variações, como sugeridos por LOWEN E LOWEN (1985) focando a expansão

⁴³ Este exercício é composto por cinco passos, como segue:

1º. Passo: O que é – consiste na auto observação de sensações sentimento e postura corporal, buscando definir o que estamos sentindo, no momento exato da experiência.

2º. Passo: Como é – conduzimos o participante a um contato aprofundado consigo mesmo, solicitando que descreva sua forma corporal, referente àquilo que ele sente.

3º. Passo – Sanfona - solicitamos que ele faça mais e, em seguida, menos a forma descrita, intensificando-a e desintensificando-a. Este momento é verificado pelo participante, a possibilidade de intervenção consciente em seu estado emocional.

4º. Passo – Pausa - é o momento de recolhimento e espera do que foi acessado nos passos anteriores.

5º. Passo – O Novo – é o surgimento de novas formas corporais, a partir dos passos seguintes. É como se o ciclo ressurgisse. Novas possibilidades, um outro “o que é”.

Neste trabalho interessa-nos os três primeiros passos, como exercício de consciência corporal, utilizados independentes dos propósitos referidos por Keleman.

⁴⁴ Ao intensificarmos nossa forma corporal, por meio do 3º. passo deste exercício. verificamos (literalmente) que, ao interferirmos na forma corporal, estamos interferindo diretamente em nossas sensações e sentimentos.

⁴⁵ Esse trabalho é de grande mobilização emocional, sendo possível aplicá-lo somente quando sentimos o grupo maduro para tal vivência. Partindo de exercícios de percepção do ritmo cardíaco, respiratório e proprioceptivo, passa por experimentação de pequenos e lentos movimentos corporais, até a (re) construção do movimento de caminhar. No último encontro sugerido na série, são utilizados exercícios de expressão de formas corporais e verbais de dizer “não”, “sim”, acolher o outro, repelir o outro, fugir, atacar, de expressão de medo, fazer-se grande, fazer-se pequeno, de alegria, e outros possibilitando o experimentar de suas próprias formas de lidar e expressar as emoções, assim como visualizar no outro novas possibilidades.

da respiração, de modo a deixá-la circular por todo o corpo de forma expressiva (HOLFMANN e GUDAR, 1997).⁴⁶

A expressão emocional diante do outro, foi desta forma incentivada. O resultado do afrouxamento da couraça por meio de exercícios expressivos foi avaliado na espontaneidade na expressão dos sentimentos e na ampliação da sensação de liberdade e vitalidade. A fala de um dos integrantes do grupo pode ser elucidativa do processo de expressividade emocional: *“se a gente fizer na rua o que a gente faz lá vão chamar a gente de retardado. Lá não, lá você faz careta, você ri, você chora, lá você dança, lá você tem liberdade para fazer de tudo (...)”*. Podemos dizer que junto com a sensação de liberdade, foi sendo construída espontaneidade e a tão almejada integridade entre sensação, sentimento e ação. Esta integridade significa saúde no modelo reichiana.

Os idosos se mostraram receptivos e disponíveis para tais práticas, demonstrando características facilitadoras da interação com o outro, tais como: senso de ética, escuta e prontidão de respostas às necessidades alheias, facilitando o trabalho do coordenador. Entretanto, ao longo do percurso imprevistos ocorreram, exigindo flexibilidade e criatividade por parte do coordenador. Algumas vezes, os trabalhos tiveram que ser mudados na última hora, devido ao estado de saúde de algum dos participantes (pressão alta ou baixa, tontura, dor) ou mudados após a observação de estados emocionais (depressão, ansiedade, euforia e excitação) alterados por fatores diversos, como internação ou morte de parentes ou participantes, envolvimento na comunidade, festas, etc. As decisões técnicas eram tomadas após a observação dos padrões de funcionamento apresentado pelo grupo ou por membros em momentos específicos dos encontros⁴⁷.

⁴⁶ Os exercícios mobilizadores de energia e expressão emocional objetivaram a descarga da agressividade (chutes e socos no ar), a construção de limites na relação com o outro (dizer em dupla palavras como “vai embora”, “me solta”, “não”, “eu quero”) e expressões de afetivos (“venha perto de mim”), dentre outros.

⁴⁷ Essa constatação do padrão de funcionamento do grupo era feita pela simples observação do orientador, quando o grupo chegava (mais ou menos eufórico, triste, falante) ou pela fala de seus participantes quando perguntados como estavam naquele dia.

CAPÍTULO 4

MÉTODO

4.1. Natureza da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa. A natureza representacional e subjetiva do objeto de estudo – *a apreensão verbal da experiência dos participantes de um grupo de movimento, composto por idosos do município de Castelo-ES, a respeito de seu processo vivencial nesse grupo, tendo em vista o bem-estar subjetivo* – bem como o aspecto singular das informações a serem obtidas, fornecem-lhe esse caráter.

Ao dissertar sobre a natureza deste tipo de pesquisa, LEFRÈVE e LEFRÈVE (2003 p.9) enfatizam que quando se quer conhecer um pensamento de um grupo social sobre determinado tema, faz-se necessária a utilização de uma pesquisa qualitativa, uma vez que a “expressão da subjetividade humana precisa passar, previamente, pela consciência humana”. Desta forma, por meio da pesquisa qualitativa, será possível recuperar os pensamentos contidos nesta consciência, reconstruindo suas qualidades e especificidades.

Dentre as múltiplas possibilidades de estratégias de pesquisa qualitativa, optamos pelo *estudo de caso*, por entendermos que o mesmo apresenta caráter singular, ou seja, os resultados aqui obtidos dizem respeito, particularmente, ao grupo de idosos de Castelo, e o que se pretende generalizar são proposições teóricas e não proposições sobre esta população e, sobretudo porque, nos interessa explorar, como situa YIN (2004), um fenômeno contemporâneo em uma situação real, do qual não temos clareza do conjunto dos resultados.

Em nosso caso, a estratégia utilizada tem o propósito explanatório causal (op cit), uma vez que constrói ligações entre o fenômeno observado empiricamente (a vivência dos idosos no grupo de movimento) e seus efeitos (a promoção do bem-estar subjetivo na velhice).

4.2. Objetivo

Partindo das experiências dos idosos no Grupo de Movimento de Castelo (ES), este trabalho tem como objetivo identificar em seus relatos verbais descrições que indiquem manifestações de bem-estar subjetivo na velhice (RYFF, 1991).

4.3. Local da Pesquisa

A cidade de Castelo está inserida na região Serrana do centro-sul do Estado do Espírito Santo⁴⁸ e às margens do rio Caxixe, distando 150 Km da capital - Vitória. Possui uma área de 770Km² com 33.410 habitantes. Sua fundação data de 1705, pelo bandeirante Pedro Bueno Cacunda.

Em decorrência da abolição da escravidão no Brasil, a região recebeu um número bastante significativo de colonos italianos, influenciando sua cultura e economia, até os dias atuais. A marca da colonização italiana pode ser verificada na culinária (massas em geral, embutidos, forno de barro), artesanato (crochê, brolha, bordado), carpintaria, (móveis, artigos religiosos e utilitários), festas religiosas (manifestações da fé católica) e cultura agropecuária, como café, arroz, banana, gado de corte e leite (CELLIN, 2000).

Castelo chega ao século XXI com um grande potencial agro-pecuário e turístico, devido aos parques e cachoeiras existentes na região. A sua economia é baseada na lavoura, principalmente, do café (que produz cerca de 13.000 toneladas/ano), pecuária leiteira e de corte, com cerca de 30.000 bovinos e extração de granito, (BIGIO, 2001).

Castelo possui 3.514 idosos, correspondendo a 10,42% do total, que em sua maioria, são descendentes de italianos, nascidos e criados em áreas rurais. Não diferindo de outras regiões similares em todo o país, são semi-analfabetos e com renda familiar baixa. Muitos são aposentados rurais, de cargos exercidos na área educacional (professoras, serventes, secretárias), em serviços domésticos (babás, empregadas domésticas, faxineiras), dos transportes (caminhoneiros e motoristas) ou do serviço público municipal. Alguns outros são pequenos comerciantes (açougues, quitandas,

⁴⁸ Apesar de localizada na serra, a cidade de Castelo pertence, administrativamente, à região de Cachoeiro, ou seja, região sul/ES.

padarias) ou pequenos proprietários rurais. Poucos são donos das propriedades rurais ou comerciais de porte médio ou grande.

4.4. População

A pesquisa em tela incide sobre o conjunto dos relatos verbais dos participantes do Grupo Movimento de Castelo, E.S, obtido no período de dezembro de 2003. Esses dados foram, em seguida, categorizados e, subseqüentemente, analisados a partir da técnica "discurso do sujeito coletivo" (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003) e interpretados segundo a teoria "life-span" (BALTES e BALTES, 1990).

4. 5. Características Gerais dos Participantes

Foram sujeitos deste estudo 18 (dezoito) idosos, integrantes do "Grupo de Movimento" realizado no município de Castelo, localizado no sul do estado do Espírito Santo, sendo o grupo formado por 17 mulheres e um homem, com as seguintes características:

- a) dentre as mulheres, uma é solteira e uma separada/divorciada, sete viúvas, e 8 casadas. O homem é casado com uma das mulheres do grupo;
- b) todos possuem idade acima de sessenta anos e são alfabetizados, sendo que dez não completaram o primeiro grau, um completou o 1º grau, dois possuem 2º grau incompleto, quatro completaram o segundo grau e um possui pós-graduação;
- c) quatorze trabalham em atividades não remuneradas⁴⁹. Onze possuem renda até dois salários mínimos, quatro até três salários mínimos e três recebem de quatro a seis salários.

4. 6. Instrumentos de Pesquisa

Devido à natureza subjetiva do objeto deste estudo, o relato verbal da experiência vivida pelos sujeitos, optamos pela entrevista qualitativa. Por meio deste tipo de entrevista foi possível o acesso direto ao relato verbal dos sujeitos sobre suas experiências vivenciais no grupo de movimento, o que nos permitiu apreender,

⁴⁹ Atividades do lar e grupos de caridade vinculados à igreja católica.

detalhadamente, os dados necessários para estabelecermos relações entre estas experiências e o bem-estar subjetivo dos idosos.

GASKELL (2002 p.65) diz que “a compreensão dos mundos da vida dos entrevistados é a condição *sine qua non* da entrevista qualitativa”. Ao optarmos pela entrevista em grupo, entendermos que o mesmo constitui um espaço dinâmico de discussão (embora não único) entre seus membros, a partir do qual este autor ressalta que o grupo pode gerar espontaneidade e intuições criativas e, também, o confronto de opiniões e pontos de vistas. Isso era particularmente de nosso interesse, uma vez que pretendíamos que emergissem destes encontros o máximo de informações possíveis.

NOVO (1996), avaliando os métodos de entrevista individual e grupal, caracteriza esta última como “positivamente estimuladora” de opiniões e sentimentos que, muitas vezes, não surgem em uma entrevista quando o sujeito só interage com o pesquisador - não é um processo de informação de mão única - favorecendo a troca de idéias e significados.

Dentre as entrevistas grupais trabalhamos com a técnica de grupo focal, uma vez que essa propicia um debate aberto e acessível a todos, com troca de experiências e pontos de vistas. Nossa habilidade em trabalhar com grupos também contribuiu para esta escolha, uma vez que nos sentimos familiarizados com o comportamento esperado de um moderador, encorajando ativamente os participantes a falar e responder aos comentários e observações dos outros membros do grupo, facilitando a participação de todos.

O grupo focal é uma técnica de pesquisa social em saúde que segundo SPINOLA e ANDRÉ (2002) vem sendo muito empregada por uma nova geração de investigação na saúde pública e pode ser assim definida pelos autores:

Partindo da idéia de entrevistas em grupo, pode ser afirmado que ela é uma técnica qualitativa de pesquisa usada para se obter dados a cerca dos sentimentos e representações de um pequeno grupo de participantes sobre um determinado problema, experiência ou fenômeno.” (p.5).

Esta modalidade de entrevista tem como finalidade a análise de um acontecimento ou experiência por parte daqueles que dela participaram ou tomaram conhecimento. Como base numa conversa informal, nesta modalidade de entrevistas as pessoas são estimuladas a manifestarem suas opiniões sobre o tema em foco, entretanto, a discussão fica sob o controle do entrevistador que segue um planejamento específico, (op.cit.)

Embora o grupo focal seja empregado, tradicionalmente, entre pessoas desconhecidas entre si, GASKELL (2002) afirma que essa não é uma condição essencial e aponta a familiaridade como possível vantagem em alguns casos, como em estudos de culturas organizacionais e de grupos sociais particulares, principalmente, quando se trata de pessoas que compartilham um meio social comum, como no caso do grupo objeto de nosso estudo. A familiaridade dos participantes contribui para um clima descontraído, facilitando o debate e conseqüentemente a emergência dos dados necessários para este estudo.

4.7. Procedimentos Para a Coleta de Dados

4.7.1. FORMAÇÃO DE SUB-GRUPOS

Para garantir a participação efetiva de todos os idosos, optamos por fazer dois grupos focais, como recomendado na técnica original (GASKELL, 2002), de modo que cada um variasse entre 6 e 10 participantes, no máximo. Os horários dos grupos foram sugeridos pelos participantes, em reunião prévia, os quais se distribuíram aleatoriamente, segundo suas disponibilidades, às 14 ou 16 horas.

Nesta mesma reunião, em consonância com a Norma nº 196/96, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, cada participante recebeu informações detalhadas e esclarecimentos sobre o estudo a ser desenvolvido no grupo e optaram livremente por sua participação, ou não, no mesmo. Neste caso todos concordaram em participar e assinaram o termo de consentimento (anexo 2).

Desta forma, surgiram dois sub-grupos: o Grupo I, composto pelos sujeitos S.1, S.2, S.3, S.4, S.5, S.6, S.7 e S.8 que se reuniu às 14 horas e o

Grupo II, composto pelos sujeitos S.9, S.10, S.11, S.12, S.13, S.14, S.15, S.16, S. 17 e S.18, que se reuniu às 16 horas. Todos os componentes dos grupos mantinham relação de amizade e freqüentavam assiduamente os grupos de movimento.

4.7.2. APLICAÇÃO DO GRUPO FOCAL⁵⁰

Os encontros efetivados com os grupos foram gravados em fita cassete, para posterior transcrição.

O local escolhido para a realização dos grupos foi o consultório do professor Carlos Antônio dos Santos, coordenador dos grupos de movimento de Castelo, por apresentar-se como um ambiente favorável à conversação e debate (silencioso, arejado e grande suficiente para comportar o grupo), sendo arrumado com cadeiras, em círculo, que comportasse 9 sujeitos mais a pesquisadora e a auxiliar.

4.7.3. OS DEBATES DOS GRUPOS

As pessoas foram chegando em pequenos grupos, dentro do horário previsto. A discussão começou pontualmente em ambos os grupos, a partir da proposta da pesquisadora para que falassem sobre suas experiências em participarem do grupo de movimento, sendo solicitado que entrecalçassem as falas, de forma a facilitar a transcrição posterior da fita.

Os termos propostos foram os seguintes:

“Estamos aqui hoje para discutir sobre a experiência de vocês em participar dos grupos de movimento e como isto influencia a vida de vocês e o relacionamento com as outras pessoas. Eu gostaria de começar perguntando para vocês o que levou cada um a fazer o grupo de movimento. Gostaria que vocês pensassem um pouco naquele momento

⁵⁰ Participou como auxiliar nas gravações a observadora RENATA, aluna de psicologia da UFES (Universidade Federal do Espírito Santo).

que iniciaram, de como vocês estavam, o que motivou vocês a entrarem no grupo. Meu nome é Dolores e vocês já me conhecem, não é mesmo?”

As instruções acima deram início ao debate sobre o tema. Era de fundamental importância, para os objetivos desta pesquisa, que eles falassem sobre a experiência em participar dos grupos de movimento e como esta influenciava seu cotidiano. Desta forma, ao longo do debate, fomos introduzindo novas questões, tais como: “Vocês observaram mudanças trazidos pela prática do grupo de movimento?”

Nos encontros era incentivada a interação dos sujeitos, concordando ou discordando das idéias apresentadas. As discussões sobre autonomia, aspectos emocionais e a relação com os familiares e a comunidade, também foram temas levantados durante os encontros.

A pesquisadora, durante o processo, intervia com comentários do tipo: “o que você quer dizer com isto”? “Você pode me dar mais exemplos”? Ou, “A senhora concorda com a colega”? “Pelo que eu entendi (...), a senhora acredita que estou certa nisto? Dessa forma, fomos guiando o grupo dentro do tema proposto, esclarecendo falas que pudessem levar a dupla interpretação e incentivando a participação de todos, contribuindo para a dinâmica do encontro.

O término do grupo se deu quando o tema já havia sido explorado satisfatoriamente e as falas começavam a se repetir. O grupo I teve duração de 1 hora e o grupo II de 1 hora e 20 minutos. Entre o término do primeiro debate e o início do segundo, foi oferecido um lanche pela pesquisadora, que serviu de confraternização entre os participantes. Este momento foi de alegria, descontração e demonstração de carinho e disponibilidade dos sujeitos em relação ao estudo proposto.

4.8. Análise dos Dados

Com as atividades do grupo focal foi possível se obter um rico material produzido pelos idosos, referente à experiência de participação no G.M. Este

material, devidamente tratado, foi transformado em um *Discurso do Sujeito Coletivo* (DSC).

Cada discurso síntese se constituirá enquanto unidade de análise deste estudo, tal como é proposto por LEFÈVRE e LEFÈVRE (2003 p.10), os quais mencionam que este método possibilita, dentre outras coisas,

(...) a requalificação dos discursos/depoimentos, pelo mecanismo de categorização, através da qual, analisa-se resposta por resposta, procurando-se um termo ou formação sintética que reúna em si o significado do discurso presente na resposta; a partir daí, busca-se reunir significados semelhantes num só termo geral que é a categoria, verificando-se quantos discursos individuais aderem à categoria.

Desta forma, é possível a construção de um discurso síntese, redigido na 1^a. pessoa do singular, a partir das falas dos vários sujeitos. O DSC surge quando operamos uma soma de pensamentos, contendo um significado comum ou uma mesma 'Idéia Central' (IC). O resultado é um discurso inédito, editado e mantenedor da mesma idéia original. Para os autores do método (op.cit. p.19)

(...) com o DSC, os discursos dos depoimentos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora, já que o que se busca fazer é reconstruir, com pedaços de discursos individuais como em um quebra-cabeça, tantos discursos sínteses quantos se julguem necessários para expressar uma dada figura, ou seja, um dado pensamento ou representação social sobre um fenômeno.

Os discursos dos sujeitos foram agrupados a partir de narrativas comuns, em um mesmo tópico, formando os vários discursos possíveis, no qual, cada um deles apresentou uma matriz de raciocínio único para ser analisado, as ICs.

Neste sentido "se busca resgatar o discurso como signo de conhecimento dos próprios discursos" (op.cit. p.19), para tanto, as falas dos participantes foram recortadas em unidades significativas e devidamente tratadas (anexo X), como exemplificadas a seguir:

Expressões Chaves	Idéia Central
<p>S.9: Graziela. 1ª. idéia Eu entrei no grupo porque eu estava muito depressiva, estava com depressão, problemas de família, mas eu não estava na terceira idade (grupo da 3ª. idade), ... aí, me convidaram pra ir, 1ª. idéia eu fui e gostei, né!? Aí comecei, achei que melhorei muito com o ambiente, o pessoal, tudo. 2ª. idéia sabe porque a gente fica assim né, fica muito entre os colegas assim, então eu achei que melhorei muito, com o Carlos também, indo lá eu achei que pra mim 3ª. idéia foi muito bom, porque eu tenho problema de osso também eu melhorei muito do problema de coluna, também foi ótimo.</p>	<p>(1ª.) Entrou porque estava com depressão. DEP</p> <p>(2ª.) a convivência com o grupo causou melhora A.</p> <p>(3ª.) Melhorou muito os problemas de ossos e coluna Z</p>

De cada fala foram selecionadas expressões chaves, que correspondem a uma idéia central. A partir daí utilizamos códigos (marcas), no caso letras do alfabeto português⁵¹ ou conjunto de letras (DEP para depressão), para agrupá-las segundo temas. Tendo realizado a separação desses temas, surgiram 3 grandes agrupamentos ou categorias que, foram dispostos da seguinte maneira:

- 1- *relações Sociais Positivas* - discursos relativos às relações estabelecidas entre os membros do grupo, do grupo com o coordenador, dos relacionamentos familiares, bem como as necessidades e possibilidade de compartilhamento e acolhimento por parte do grupo, mudanças no comportamento;
- 2- *aspectos Físicos* - discursos referentes à percepção de como o organismo de cada participante vem se desempenhando nas atividades diárias, tais como, andar, ajoelhar, subir, dentre outras e, ainda, aqueles referentes à possibilidade de relaxamento, ou seja, da percepção de um corpo mais leve e referentes à vitalidade (um corpo mais vivo e mais disposto);
- 3- *humor* – neste grupo estão os discursos referentes à satisfação/ alegria e depressão.

Desta forma, surgiram os diversos Discursos do Sujeito Coletivo, que se constituíram enquanto unidades de análise.

Os discursos do grupo I e grupo II referentes aos mesmos temas foram dispostos lado a lado, para melhor visualização e entendimento de como os temas emergiram em cada um dos grupos, como demonstrado a seguir:

⁵¹ A letra **A** para aspectos relacionais, **B** aspectos relacionados ao humor e **Z** para aspectos físicos.

QUADRO I: RELAÇÕES POSITIVAS ENTRE OS MEMBROS DO GRUPO

IC – A convivência no grupo de movimento é importante para os idosos.

DSC I	DSC II
<p>A convivência ajuda muito. A princípio só vivia correndo, não parava para bater papo com ninguém, mas, agora, tem a hora certa, a hora só para isso. É muito bom a comunicação com o grupo. De primeiro a gente passava pela turma não olhava, não cumprimentava nem nada, agora, né, a gente passa, a gente mexe, conversa... conhecia assim, mas não tinha intimidade, né!? Eu aprendi muito, muito mesmo, assim, a viver com outras pessoas. É bom a gente conhecer outras pessoas, outras idéias, outras cabeças né, outras maneiras de viver. Eu percebi, assim, é que havia uma amizade maior e a amizade faz a gente viver assim com mais alegria, mais entusiasmo. Às vezes eu acho que uma mão no ombro é muito importante. O dia que eu não vou: "Oh, o que houve?" Um telefonema, sei lá... De qualquer maneira, ou brincalhona ou de qualquer maneira, eu faço falta. E eu, para mim, acho que é um valor. Não deixa de ser, não é? Você não acha? Quando a gente falta, ficam perguntando o que aconteceu. Isto é importante para gente. Eu acho, né, sinal que lembraram, é isto aí.</p>	<p>Eu fui e gostei né. Achei que melhorei muito com o ambiente, o pessoal, tudo... Sabe, porque a gente fica assim, né, fica muito entre os colegas assim, então eu achei que melhorei muito. Estando lá a gente está no meio de uma turma, é gostoso, divertido e a gente trata a todos como irmão, lá é uma irmandade só, tem o preto, tem o branco, tem o casado, tem o solteiro, a gente trata tudo igual. A gente vai lá tem intimidade com todos, com a turma, encontra, encontra na rua, sabe se tratar uns aos outros, a gente às vezes comemora aniversário, mas dentro do horário. Uns dez minutinhos no final. O aniversariante trás um bolo, refrigerante. Agora (época de natal) fizemos café da manhã. É um grupo que alegra a gente, né, a gente sai de lá outra pessoa</p>

Cada uma das unidades foi analisada, segundo as categorias de bem-estar subjetivo propostas por RYFF (1989; 1991): relações positivas, auto-aceitação, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal. Ao discutirmos o discurso do sujeito coletivo acerca dos aspectos do bem-estar subjetivo e qualidade de vida reafirmamos a inter-relação das seis dimensões do bem-estar subjetivo quando vislumbrados sob a ótica do envelhecimento bem-sucedido.

A seguir, apresentamos e discutimos os dados obtidos, conforme as categorias identificadas no discurso, correlacionando-as às categorias de bem-estar subjetivo.

CAPÍTULO 5

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O objetivo deste capítulo é analisar os discursos dos idosos sobre suas experiências de participação nos Grupo de Movimento, considerando o modo como esses percebem os efeitos dessas experiências em seus corpos e relações interpessoais e verificar se estas concorreram para a promoção do bem-estar na velhice. Para o desenvolvimento dessa proposta, foram consideradas as categorias de análise do bem-estar subjetivo propostas por RYFF (1989;1991): relações positivas, auto-aceitação, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal.

As inter-relações destas categorias, a partir da perspectiva do envelhecimento bem-sucedido, também foram vislumbradas. Os temas discutidos a seguir emergiram a partir dos diversos discursos do sujeito coletivo.

5. 1. Movimentando Relações Positivas

Um envelhecimento bem sucedido envolve o estabelecimento de relações positivas com os outros, ou seja, relações calorosas com troca de afetos, conhecimentos e experiências de vida (ROWE e KAHN, 1998). Isto, necessariamente, envolve o preocupar-se com o bem-estar alheio e a capacidade de estabelecer relações empáticas e afetuosas com os outros (RYFF e KEYES, 1995).

A capacidade de iniciar e manter contatos – medida por fatores motivacionais, (como a melhora da auto-estima, sentir-se importante para o grupo e a troca de afeto) e cognitivos (novos aprendizados e troca de experiências) – também influencia na percepção do bem-estar subjetivo (BALTES e BALTES, 1990; NERI e FREIRE, 2000).

Neste sentido, de modo geral, o discurso do sujeito coletivo destacado no quadro I, a seguir, aponta a valorização do trabalho do G.M. pelos idosos, no qual enfatizam as relações interpessoais geradas no grupo como espaço de convivência social.

QUADRO I: RELAÇÕES POSITIVAS ENTRE OS MEMBROS DO GRUPO

IC – A convivência no grupo de movimento favorece as relações interpessoais e promove mudanças.

DSC I	DSC II
<p>A convivência ajuda muito. Eu acho, porque eu sou assim um pouco tímida, e sei lá... Não gostava muito, só se a pessoa vir a mim.. Eu tinha medo de me aproximar das pessoas, conversar, falar, pedir uma coisa. Mas agora não, mudei, completamente... aquele negócio que eu tinha, que eu falei agora, timidez, passou. A princípio só vivia correndo, não parava para bater papo com ninguém, mas agora... tem a hora certa, a hora só para isso. É muito bom a comunicação com o grupo, De primeiro a gente passava pela turma não olhava, não cumprimentava nem nada, agora. né, a gente passa, a gente mexe, conversa... conhecia assim, mas não tinha intimidade, né? Eu aprendi muito, muito mesmo, assim, a viver com outras pessoas. É bom a gente conhecer outras pessoas, outras idéias, outras cabeças né, outras maneiras de viver. Eu percebi assim, é que havia uma amizade maior e. a amizade faz a gente viver assim com mais alegria, mais entusiasmo. Às vezes eu acho que uma mão no ombro é muito importante. O dia que eu não vou: " Oh, o que houve?" Um telefonema, sei lá... De qualquer maneira, ou brincalhona, ou de qualquer maneira, eu faço falta. E eu, para mim, acho que é um valor. Não deixa de ser, não é? Você não acha? Quando a gente falta, ficam perguntando o que aconteceu, Isto é importante para gente. Eu acho, né, sinal que lembraram, é isto aí.</p>	<p>Eu fui e gostei né. Achei que melhorei muito com o ambiente, o pessoal, tudo...Sabe, porque a gente fica assim né, fica muito entre os colegas assim, então eu achei que melhorei muito. Estando lá a gente está no meio de uma turma, é gostoso, divertido e a gente trata a todos como irmão, lá é uma irmandade só, tem o preto, tem o branco, tem o casado, tem o solteiro, a gente trata tudo igual. A gente vai lá tem intimidade com todos. Eu acho, que o relacionamento da gente com as pessoas...: Fora do grupo também, a gente fica mais sei lá , tem mais facilidade. Eu sou muito fechada, não gosto muito de ficar assim lamentando, reclamando e às vezes tem momentos que a gente tem que por os sentimentos pra fora, não é? Pra gente se sentir melhor. Às vezes a gente tem vontade de por pra fora, mas a gente fica guardando e isso faz mal pra gente, depois Lá a gente pode se abrir. Eu ia pra lá eu chorava, eu... me abria, nem todos gostam que se abra com ele, os problemas, que você vai levar problemas pros outros. Lá (...) é diferente, Se a gente fizer na rua o que a gente faz lá vão chamar a gente de retardada. Lá não, lá você faz careta, lá você ri, você chora, lá você dança, você tem liberdade para fazer tudo isto. eu ia pra lá eu chorava, eu... me abria, nem todos gostam que se abra com ele, os problemas, que você vai levar problemas pros outros. Lá (...) é diferente, sabe se tratar uns aos outros, a gente às vezes comemora aniversário, mas dentro do horário. Uns dez minutinhos no final. O aniversariante trás um bolo, refrigerante. Agora (época de natal) fizemos café da manhã. É um grupo que alegra a gente, né, a gente sai de lá outra pessoa.</p>

A idéia apresentada em ambos os discursos é que a convivência no grupo aumenta as redes de amizade, sendo tal fato percebido como benéfico aos relacionamentos interpessoais. Como pode ser observado nos relatos do DSC I e do DSC II, a convivência propiciada pelo G. M. permite uma maior interação entre

seus participantes e torna-se facilitadora de um processo de comunicação, a qual é vivida com alegria e entusiasmo.

Além do processo puramente de expressão emocional que os termos “alegria” e “entusiasmo” denotam, é sobretudo importante indicar e assinalar que este processo afetivo desemboca em uma estruturação das relações interpessoais. De fato, há um movimento que conduz da fruição intrapessoal ao estabelecimento de contatos interpessoais, os quais se estruturam dentro de um registro de solidariedade que permite, entre outras coisas, o amparo mútuo, a preocupação com a existência de outrem e a expressividade emocional diante dos outros.

Tais redes estruturadas de relacionamento são, evidentemente, de maior importância, sobretudo, para a pessoa idosa. Cumpre, ainda, assinalar que essas redes adquirem estabilidade e permanência, uma vez que a ausência de uma pessoa no grupo desperta, imediatamente, indagações por parte de seus integrantes. Poderíamos, conseqüentemente, apontar para o fato que este processo incide não somente no plano da sociabilidade solidária destes participantes mas, também, na dimensão da temporalidade, uma vez que perguntar sobre um ausente é “lembrar” e “recordar”.

Outro ponto a ser mencionado quanto às relações positivas com os outros, é que elas fornecem suporte sócio-emocional que inclui expressões de afeto, respeito e estima, assegurando à pessoa um sentimento de valor (ROWE e KAHN, 1998). Havendo troca de experiência com o outro, há *intimidade, irmandade*: o grupo torna-se suporte e possibilita a discriminação do sentimento de auto-estima.

Podemos observar que o meio social é fundamental, tanto na manutenção como na construção da auto-estima. Ser valorizado pelo grupo, fazer falta quando ausente, concorre para a elevação da auto-estima e autoconceito. *Amizade* está relacionada ao senso de valor que cada um possui no grupo e ao sentimento de *alegria* e isto é *importante* para os participantes.

GAIARSA (1986) lembra que o estabelecimento de relações afetivas com várias pessoas é uma das grandes maneiras do idoso se sentir vivo. Em outros termos, as pessoas fornecem e recebem suporte social mutuamente e muito desse suporte é provido por pessoas de sua faixa etária: cada pessoa vive impulsionada pela relação com os outros que formam uma proteção social (ROWE E KAHN,

1998). Dessa forma, o G. M. tornou-se um instrumento para o suporte social dos participantes, interferindo positivamente na qualidade de vida desses idosos.

De acordo com ROWE E KAHN (1998 p.47), “a extensão dessa rede [de proteção social], a qualidade das relações dentro dela e a adequação do suporte que ela fornece são determinantes poderosos da qualidade de vida e bem-estar de cada pessoa”. Idosos solitários têm mais chances de contrair doenças e de se sentirem infelizes e deprimidos do que aqueles com interações sociais positivas.

Também DEPS (1993) relata estudos realizados por LEE e ISHI-KUNTS (1988) sobre a interação de idosos com grupos de amigos e familiares, pelos quais concluiu que a solidão tem efeito negativo sobre a percepção de bem-estar e que o sentimento de solidão é reduzido e o senso de bem-estar melhora nas interações significativas com amigos. Para esses autores, uma das tarefas para garantir um envelhecimento bem-sucedido é manter e redescobrir relacionamentos e atividades significativas, que permitam ou forneçam proximidade.

De modo geral, a idéia central dos DSCs é uma maneira diferente de falar do suporte sócio-emocional provido pelo grupo, que inclui expressões de afeto, estima, respeito, solidariedade, sentimento de valor e segurança.

QUADRO II - RELACIONAMENTO COM O COORDENADOR

IC – O grupo confia no coordenador

DSC - I	DSC - II
Ele é muito bom! Ele conversa muito com a gente, ele brinca, ele é muito bom mesmo.sabia também que era o C. que estava dando aula lá, o professor C. ainda, né? é uma pessoa excelente. A sorte que tivemos de ter o C.... ! O conhecimento dele na matéria, né? Acho que desde que haja um aglomeramento de pessoas, um grupo, acho que ele tem vantagens, não é? Encontro, troca de conversas, opiniões, tudo é válido. Mas aqui além deste ponto, o C. também conversa com a gente. Ai, o C. caiu do céu, maravilhoso! Em todo os sentidos é bom.. esse terapeuta nosso é maravilhoso

A idéia principal deste discurso é a relação de confiança estabelecida entre o grupo e seu coordenador, a qual refere tanto sua competência profissional reconhecida no DSC, "*o conhecimento dele na matéria, né?*", quanto características pessoais facilitadoras no processo de construção de relações positivas, tais como, ser comunicativo, ser brincalhão e disponível ao outro: "*ele conversa muito com a gente, ele brinca (...)*" e "*é uma pessoa excelente!*"

A ligação afetiva ou *attachmet*, segundo BIAGGIO (1981 p.242) "se refere ao vínculo que uma pessoa ou animal forma com indivíduo específico". Esta ligação afetiva é importante em qualquer processo grupal. O coordenador, como figura de ligação, facilita, incentiva, cria um clima favorável ao processo grupal.

Desta forma, o papel do mediador (seja terapeuta, professor ou qualquer pessoa que esteja à frente de um grupo) é compreender, empaticamente, as pessoas envolvidas no processo, permitindo a liberdade de expressão e de se sentir compreendido no decorrer dos relacionamentos pessoais e interpessoais.

Quando se estabelece o vínculo afetivo, os participantes sentem-se livres, seguros, confiantes para assumir o seu papel, contribuindo para melhorar as relações do grupo. Ao estabelecer esse vínculo com o coordenador, o grupo pode envolver-se significativamente nas atividades, e nos relacionamentos interpessoais ali estabelecidos.

A construção de relações de confiança favorece tanto o desenvolvimento do trabalho no G.M, quanto o processo de envelhecimento bem-sucedido. No primeiro caso, a possibilidade do estabelecimento de vínculo com o coordenador possibilita o envolvimento e engajamento na atividade de G.M, que ganha significado positivo. Ao envolver o aspecto motivacional, afeta positivamente a relação dos idosos com a atividade de grupo de movimento.

Para DEPS (1993 p.59) o engajamento em atividades significativas na velhice é particularmente importante, tendo em vista que esse segmento populacional "vê-se ameaçado quanto às fontes de significado, tais como trabalho, status social e empreendimentos", uma vez que se insere em uma cultura que valoriza o jovem, a vitalidade e produtividade. Neste contexto, munir a existência com atividades significativas incide sobre o senso de propósito de vida, estando esse correlacionado ao bem-estar subjetivo (RYFF, 1989; 1991).

O segundo caso, a construção de relações positivas com os outros, é apontado pela literatura⁵² como fundamental no processo de envelhecimento saudável. As relações positivas incluem expressões de afeto, respeito e estima, assegurando à pessoa um sentimento de valor (ROWE e KAHN, 1998).

Como podemos constatar no DSC citado anteriormente, o coordenador é valorizado pelo grupo que, por sua vez, se sente importante e valorizado por contar com um coordenador tão bom: *“Aí, o C. caiu do céu, maravilhoso! Em todo os sentidos é bom.. esse terapeuta nosso é maravilhoso”*. Essa relação mútua de valorização concorre para a promoção da auto-estima das pessoas envolvidas no relacionamento, por um lado o coordenador e por outro os idosos, apontando que a relação do coordenador com os participantes apresenta-se como um elemento importante no alcance dos objetivos gerais do G. M.

QUADRO III: RELAÇÕES POSITIVAS NA FAMÍLIA

IC – A família percebe mudanças e incentiva a participação.

DSC I	DSC II
<p>Lá em casa também meus filhos gostam muito. Às vezes eu falo assim: “Ah, eu não to boa não” Eles falam: “Ah não mãe, vai sim, vai sim... Tem ajudado. Meus filhos gostam muito.</p>	<p>Muda muito os relacionamentos da gente, né? Com a família, né?. problemas com a família a gente tem, né? Hoje você tem um problema, amanhã a gente tem outro, não adianta ficar só curtindo aquilo. Eu aprendi a viver, eu carregava tudo que tinha, tudo da família, tudo nas costas.. Eu, graças a Deus, melhorei muito. Igual outro dia mesmo meu marido queria resolver um problema dentro de casa e eu disse assim: deixa eu fora benzinho. Então assim, coisas que não vão me atingir, isto eu aprendi lá, eu deixo eles resolver lá. Para mim não sofrer, não é assim? É isto aí, é uma maravilha, e eles estão notando.. Eu acho que eu aprendi muita coisa, a enfrentar as dificuldades. eu aprendi a aceitar assim os problemas, primeiro eu pensava que era só eu que tinha Eu já sofri muito com isso sabia?, ficava assim pensando, mas agora a gente entende que não é só a gente A gente sabe mais a enfrentar essas coisas.</p>

⁵² RYFF, 1989; 2004; ROWE e KAHN, 1998; WITTMER e SWEENEY 1992.

IC – A família percebe mudanças e aponta excessos.

DSC I	DSC II
<p>Minha filha fala que eu estou muito avançada. Ela acha que to muito pra frente. Ela tem ciúmes, mas eu nem ligo não. Eu faço ela rir também...</p>	<p>Eu me sinto muito bem! Eu depois que comecei lá eu saio mais de casa. Meu marido: "Já vai sair de novo" eu falo "vou". Ele também não para em casa! "Você também não para em casa, deixa eu sair! To indo. Minha filha, me falou:" Mãe, depois que você entrou no (...) você ficou é desnaturada! [risos] Porque a senhora não liga mais para as coisas, fica só querendo sair, passear, deixar nós aqui mãe!</p>

Os participantes do grupo mencionam duas idéias centrais referentes a como as famílias vivenciam e valorizam a participação deles nos G. M.: (1) as famílias vivenciam positivamente as mudanças e (2) familiares sentem as mudanças como excessivas. Essas idéias podem indicar que a atividade de grupo de movimento é percebida pela família, a qual é modificada pelos produtos dessa atividade.

No primeiro caso, ao escolher participar do grupo de movimento, o idoso faz uma escolha assertiva e é valorizado pela família. Ao perceber a atividade de grupo de movimento como positiva, a família dá apoio para as transformações que vêm ocorrendo com o idoso, seja no encorajamento de sua participação ou da interação assertiva. No segundo caso, os familiares "implicam" com o novo comportamento dos participantes, achando-os avançados e/ou inadequados.

Ambos os DSCs apontam algumas questões que permitem a inferência de um certo grau de estresse nas relações familiares, um desconforto que passou a ser enfrentado após a participação no grupo de movimento. Por exemplo, é possível que houvesse uma competição da atenção da mãe por parte da filha, "*Ela tem ciúmes*"; uma maneira improdutiva de enfrentar problemas cotidianos, "*eu carregava tudo que tinha, tudo da família, tudo nas costas*". Ainda, uma ausência de auto-afirmação em relação à igualdade de direitos entre marido e esposa pode ser inferida quando a esposa verbaliza ao marido: "*Você também não para em casa, deixa eu sair!*".

Os problemas familiares passaram a ser resolvidos de modo diferenciado por cada participante, em sua realidade própria. Esta observação pode ser corroborada pelo

estudo do ALDWIN (1990 apud Deps, 1993), que analisou uma amostra de idosos que relatou problemas enfrentados na família enquanto estressores.

De modo semelhante aos idosos que ele estudou, os idosos que participaram dos Grupos de Movimento neste estudo foram capazes de criar contextos diferenciados, apropriados a suas necessidades e valores, manejando as situações estressantes a seu favor: *“(...)deixa eu fora benzinho. Então, assim, coisas que não vão me atingir, isto eu aprendi lá, eu deixo eles resolver lá. Para mim não sofrer(...)”* ou ainda, *“Ela tem ciúmes, mas eu nem ligo não. Eu faço ela rir também (...)*.

Esta capacidade é descrita por RYFF (1989; 1991) como uma das dimensões do bem-estar subjetivo na velhice, refere-se à auto-eficácia percebida, definida como a competência em habilidades interpessoais e de comunicação, significando um importante recurso pessoal de interação familiar, facilitando o manejo das relações estressantes.

A auto-eficácia diz respeito, também, à capacidade de julgamento adequado de uma situação. O idoso, ao avaliar inadequadamente uma realidade (*“eu pensava que era só eu que tinha [problemas]”*) tem aumentado as suas chances de responder de forma inapropriada a eventos da vida cotidiana, gerando estresse (WITMER e SWEENEY, 1992 apud Vicini, 2002) e sofrimento, como explicitado na seguinte fala: *“Eu já sofri muito com isso, sabia?”*

GAIARSA (1986), ao referir-se à qualidade de vida na velhice, afirma que a ausência de relações familiares amistosas produz um sentimento de solidão e abandono, uma das grandes queixas referidas pela população idosa (RAMOS, 2003), o que atesta a relevância da família no bem-estar subjetivo deste segmento populacional.

Os DSCs, acima referidos, evidenciam que o grupo de movimento possibilitou, direta ou indiretamente, a construção de habilidades na avaliação e enfrentamento de problemas familiares cotidianos. A troca de experiências entre os participantes do grupo concorre nesta direção.

Como referido por GAMA e REGO (1994), o Grupo de Movimento proporciona ao sujeito aprendizado consigo mesmo e com o outro, havendo a possibilidade de *insights* de novos repertórios na vida. Também SOFIATI (1993), relatando experiência semelhante, afirma que por ser este tipo de grupo um trabalho de consciência e de

expressão de si (pelo corpo), totalmente voltado para a desalienação e mudança, o mesmo pode ser considerado um espaço produtor de subjetividades.

5.2. Movimentando o Corpo

O próprio nome "grupo de movimento" indica um tipo de atividade dirigida ao movimento corporal, entendido a partir da perspectiva reichiana como uma unidade funcional. Isto implica que, ao trabalhar com a couraça muscular, se afeta a saúde ("fisiológica" e "psicológica", se postula-se tal divisão).

A técnica empregada nos grupos parte de exercícios corporais, que objetivam o fluxo e a descarga da bioenergia acumulada durante o curso das vidas dos sujeitos. Os desmembramentos desse objetivo apareceram nos DSC's, apontando mudanças em componentes da experiência corporal.

Tradicionalmente e artificialmente, estes componentes podem ser tomados como fisiológicos e emocionais e foram divididos desta mesma maneira, na exposição que faremos a seguir, apenas para melhor entendimento do material levantado, uma vez que os participantes reproduziram a dicotomia mente-corpo em seus discursos.

QUADRO IV: ASPECTOS FÍSICOS

IC – Houve melhora na condição física dos idosos

DSC I	DSC II
<p>A gente tem que se espichar, porque quanto mais encolher pior a gente vai ficando, né? Eu melhorei, bastante depois que eu comecei esse exercício. Por exemplo, eu caía muito, ta! Parecia que as pernas não firmavam direito. O C. começou, né, a ensinar a gente a sempre confiar nas pernas, sabe que eu não caio mais? Eu tinha medo de subir e cair, agora não eu parei de cair! Parece que as pernas firmam melhor. Depois que eu entrei lá eu me achei mais forte. Tem dia que chego cansada, o corpo pesado, aí faz os exercícios, meu Deus! Que coisa boa! ta todo mundo cansado, aí no final</p>	<p>É muito bom mesmo para gente, para os ossos., porque eu tenho problema de osso também. eu estava com muita dor nos ossos, eu tinha dor na perna. O médico já tinha passado pra mim, Eu tenho artrose na coluna cervical e sinto muita dor na coluna também. Eu sentia muita dor no pescoço e com os exercícios que a gente faz, com o alongamento, e eu acho que me ajudou muito porque eu não sinto mais dor no pescoço, desde que eu comecei. É tão bom os exercícios que a gente faz! Não sarou de tudo porque a gente é um</p>

<p>da aula ta todo mundo leve, né. Outro dia eu fui no convento, andei aquele pedaço tudo a pé, a gente chega lá em cima, não tem condições da gente assistir a missa em pé, aí eu lembrei do C.: “bota o pé no chão como uma árvore, que ela fica enfiada no chão”. Eu assisti a missa todinha de pé! parece incrível, às vezes no ajoelhar na Igreja e levantar, né? Parece mentira a gente falar, assisti a missa todinha, não senti nada.</p>	<p>pouco desmazelada. Faz lá (os exercícios) mas chega em casa, a gente se entrega ao serviço e larga um pouco os exercícios de lado, mas melhorou bem mesmo. Depois que eu comecei a ir lá, pros ossos que eu achei que melhorei bem.</p>
---	--

Os participantes colocam com clareza a relação entre os resultados dos exercícios corporais e muitos dos aspectos do bem-estar subjetivo na velhice. Apesar da saúde biológica “real” ser um dos maiores preditores de bem-estar na velhice, a avaliação que o idoso faz de sua situação atual é outro medidor importante de sua satisfação em viver. Na análise do bem-estar subjetivo, portanto, seguiu-se o preceito de que a saúde percebida e as maneiras como as pessoas lidam com a própria saúde são ainda mais preditivas do que as condições objetivas de saúde, avaliadas segundo parâmetros médicos, (RUDINGER e THOMAE, 1990, apud Neri, 1993)

De modo geral, os idosos do grupo de movimento se percebem como tendo sua condição física melhorada. De fato, houve a percepção de um corpo mais ativo, ágil, flexível e capaz de suportar condições adversas como a dor, realizar atividades cotidianas antes insuportáveis, tais como subir ladeiras e permanecer longos períodos de pé.

A este respeito, e sob a ótica do envelhecimento saudável, WITTMER e SWEENEY (1992, apud Vicini, 2002) enfatizam que as taxas de mortalidade são significativamente mais baixas entre pessoas fisicamente ativas, destacando que os benefícios de uma vida mais ativa produzem bem-estar psíquico, baixa ansiedade, relaxamento muscular e redução da sensação de opressão.

Estas recentes aquisições dos idosos, participantes no grupo de movimento, reflete uma outra categoria proposta por RYFF (1991,): o domínio sobre o ambiente, o qual, no contexto desta pesquisa, significa ter controle sobre seu corpo, como por exemplo, domínio sobre as pernas, sobre a execução dos exercícios para se sentir mais leve e sobre a possibilidade de um aproveitamento melhor das situações cotidianas, como expressa um dos

sujeitos do estudo em questão: “assistir a missa todinha, andar aquele pedaço tudo a pé e ajoelhar e levantar na Igreja”.

A atividade de Grupo de Movimento pode ser um meio privilegiado de obtenção de competências, de domínio sobre o ambiente interno (corpo) e seu manejo no ambiente externo. O produto dos exercícios de consciência corporal é referido no DSC: [o coordenador do grupo] “ensina a gente a sempre confiar nas pernas”. Essa confiança permite, entre outras coisas, *não cair mais*. Os alongamentos, por sua vez, resultam na melhoria da dor. Os eventos que estruturam a vida diária destes idosos podem, dessa forma, ser vividos de forma mais eficiente e prazerosa, provendo dessa maneira, um senso de bem-estar.

As percepções corporais de pernas fortes e a possibilidade em confiar nelas, refere ao senso de controle pessoal, controle sobre o próprio corpo. A afirmação literal pode ser tomada em seu sentido metafórico, ou seja, um sentimento de autoconfiança e segurança, aspectos relevantes na construção e/ou manutenção da autonomia, a qual foi referida por RYFF (2001) como uma capacidade de autodeterminação e independência.

Para ROWE E KAHN, (1998) manter-se engajado na vida, ou seja, participar de atividades que tenham significado e propósito é importante para o bem-estar na velhice. Nesse sentido, a percepção de um corpo mais forte e capaz de realizar atividades importantes e significativas (tais como participar da missa) parece concorrer também para este fim.

Ora, se esses idosos se sentem mais capazes e confiantes com seus corpos, possivelmente isto irá refletir numa auto-avaliação positiva, partindo de padrões pessoais na percepção de um corpo mais forte e mais potente (capaz de realizar coisas que antes não realizava), um corpo mais autônomo. Se antes havia *medo de subir e cair e sentir dor*, agora se vêem alterados estes padrões de comportamento. GUIMARÃES E NOVAIS (2003) reafirmam que a ausência de autonomia pode levar à perda total da liberdade individual, uma vez que os mesmos fatores que colaboram para a dependência trabalham no sentido de impedir uma livre escolha.

QUADRO V: POSSIBILIDADE DE RELAXAR

IC – Os exercícios ajudam a esvaziar a cabeça

DSC I	DSC II
<p>Eu era ruim de dormir á noite, e depois que eu comecei esses exercícius, eu agora durmo bem mesmo, graças á Deus,. Eu sei lá, eu não conseguia assim, pegar no sono para poder dormir. Ah, mas depois desses exercícius, eu durmo bem mesmo. Às vezes eu falo Carlos, eu lembrei de você na hora de dormir. Porque ele, assim... tem gente que fala: "eu estou dormindo tarde." Você respira e tal, profundo ...desliga os pensamentos. Porque este negocio de respiração ... fala que a gente tem que fazer, tem vezes que de noite eu não estou dormindo aí eu começo a fazer a respiração, aí parece que o sono vem.</p>	<p>Eu entrei lá e abandonei os meus remédios, graças a Deus. Eu tomava Lexotam 6, hoje eu não tomo nada, durmo, mas eu durmo muito, toda a hora se deixar eu to dormindo, não preciso de remédio, graças a Deus. hoje se eu não consigo dormir eu faço o trabalho de respiração e durmo rapidinho. É muito bom mesmo! Quando eu entrei lá parece que a minha cabeça estava... tava coisa. Nossa vida, parece que os problemas saem da gente, né? os momentos que a gente passa lá, ninguém lembra de nada e graças a Deus, estou me dando bem, to muito satisfeita. É um exercício emocional, mexe muito com a emoção da gente e isso é muito bom, Depois que eu comecei a ir lá não tomo mais remédio para dor de cabeça, um exercício que ele ensinou a fazer nunca mais esqueci disso, eu faço e não tomo remédio para dor de cabeça, graças a Deus. Eu acho que aqui (GM) é mais corporal também , mas aqui ajuda muito a mente. Para mim melhora mais a mente. (...) a mente da gente melhora muito.</p>

Os DSCs apresentam a idéia central de que o relaxamento ajuda a "esvaziar a cabeça". As conseqüências disto, apontadas pelo grupo, são a diminuição do consumo de medicamentos e dos pensamentos preocupantes, junto à possibilidade de um sono melhor. É interessante ressaltar como esta percepção aponta a falsa separação entre os aspectos físicos, emocionais e psicológicos do ser humano, o que reforça a idéia monista proposta por REICH (1995). Neste aspecto, o discurso deixa claro como os trabalhos de respiração, consciencial corporal e expressão das emoções, relativos ao grupo de movimento, interferem no estado de tensão e melhoram a qualidade de vida dos idosos.

Uma das dimensões propostas por WITTMER E SWEENEY (1992 apud Vitini, 2002), relativa ao envelhecimento saudável, é o senso de controle pessoal

– uma habilidade para lidar com situações de estresse, acompanhada de sentimentos de segurança, autoconfiança e otimismo. Segundo esses autores, pessoas com senso de controle informam-se mais sobre doenças e manutenção de saúde, se empenhados mais nos cuidados de prevenção.

Os trabalhos de consciência corporal e expressão emocional nos grupos de movimento parecem concorrer neste sentido. Os idosos apontam em seus discursos a percepção de que as suas próprias ações, esforço e persistência podem interferir na mudança da condição de saúde: *“tem vezes que de noite eu não estou dormindo, aí eu começo a fazer a respiração, aí parece que o sono vem”* e, ainda, *“um exercício que ele ensinou a fazer, nunca mais esqueci disso, eu faço e não tomo remédio para dor de cabeça”*.

O construto “senso de controle pessoal” relaciona-se ao “domínio sobre o ambiente”, propostos por RYFF (1989; 2001) para a análise do bem-estar subjetivo, uma vez que ambos dizem respeito à possibilidade de interferência e criação de contextos favoráveis às necessidades próprias. Os DSCs apontam que um dos ambientes transformados é o interno que, por meio de intervenções se modificou, promovendo saúde e qualidade de vida.

5. 3. Movimentando o Humor

Transtornos de humor são freqüentes, principalmente, quando as interações sociais significativas diminuem e essa pode ser uma realidade vivenciada durante o envelhecimento. No alerta de RAMOS (2003), sintomas depressivos, somados ao isolamento social, são fatores de risco para a mortalidade na velhice. Considerando que o grupo de movimento amplia a rede de apoio social e as possibilidades de atividade corporal, conforme apontado anteriormente, é possível que o humor se altere como um efeito correlato.

QUADRO VI – SATISFAÇÃO

IC – O grupo de movimento é uma atividade significativa e envolvente

DSC I	DSC II
<p>Ta sendo uma coisa boa. Parece que a gente aprendeu a viver. Eu acho que a gente ta assim né, alegre, andando, pelo menos nossa turma. Eu acho que é uma coisa que distrai a gente muito. Uma vez por semana a gente participar lá, parece que quando a gente ta lá a gente não lembra dos problemas né, da vida da gente. Chega lá 8 horas desliga a tomada. Eu sou assim, esqueço tudo do portão pra fora. Tudo. Ah, a despreocupar da vida e... Parece que dá uma leveza na gente. A gente se diverte tanto! A gente conversa, a gente ri, a gente dança.. Eu acho assim, muito divertido, né? Eu acho que faz bem, que faz muito bem na idade da gente. Às vezes alguém faz um comentário, ah eu estou com dor aqui, dor ali [...], ah faz a terapia que você melhora.. Eu recomendo.</p>	<p>Lá no trabalho com o Carlos o que eu vejo é a qualidade de vida , porque a gente sente melhora. Se não tivesse aquilo tenho certeza que a gente não estaria tão bem. , Eu sinto falta. Quando chega o dia de ir eu falo: tenho que ir lá hoje. A gente acostuma com os exercícios, é a obrigação daquele dia. No dia da atividade, hoje é meu dia, a gente larga para lá muitas coisas, não é verdade? E aquelas horas que a gente passa lá é muito bem aproveitadas. Faz até falta de um periodo que eu passei sem ir. Não força a gente, nem nada,... é um trabalho à vontade.. A gente adora os exercícios que ele passa, mas as palestras (fala sobre os exercícios)dele também... são maravilhosas...a gente se sente outra pessoa. Vai pesado e volta leve de tudo, do estado da gente, de saúde, dos ossos, do emocional. É uma verdadeira terapia, pra nossa idade é gratificante, No grupo a gente volta a ser criança. eu gostei e estou gostando até hoje, os exercícios, as conversas, acho tudo muito bom. Lá é maravilhoso, né? É ótimo!</p>

Os DSCs I e II trazem como idéia central que o grupo de movimento é algo bom para “*gente dessa idade*”, referido como um evento cotidiano da vida desses idosos, responsável por proporcionar momentos de crescimento, satisfação, alegria e bem-estar: “*A gente aprende a viver, é uma coisa que distrai a gente muito, despreocupa da vida. Eu acho que a gente ta assim, alegre, a gente volta a ser criança.. A gente adora os exercícios. o que eu vejo é a qualidade de vida, porque a gente sente melhora. Se não tivesse aquilo, tenho certeza que a gente não estaria tão bem*”.

A atividade nos grupos de movimento é percebida como apropriada às necessidades dos idosos, uma vez que *não força em nada*. A afirmação de que o grupo é “*bom para ossos e [para o] emocional*”, indica uma percepção de melhora do organismo como um todo: “*o que eu vejo é a qualidade de vida*”, resultado de mudanças. Ao se ouvir que no grupo “*parece que a gente aprendeu a viver*” infere-se um desmembramento do longo alcance do grupo na intervenção sobre as emoções.

Os DSCs mostram os idosos participativos e engajados: “no dia da atividade, hoje é meu dia, a gente larga para lá muitas coisas, não é verdade?”, as “horas que a gente passa lá é muito bem aproveitadas”, “eu recomendo” o grupo, porque este é percebido enquanto promotor de “qualidade de vida”. Tais falas permitem pensar sobre a afirmação de DEPS (1993) de que para a atividade ter resultados positivos é necessário que traga satisfação e seja prazerosa, estando prazer e satisfação associados à longevidade, constructo teórico que parece ser um fato, uma vez que pesquisas relatadas por esta autora (BERKMAN e SYME, 1983; LEHR e GOLD et al, 1995) revelaram um maior índice de mortalidade entre idosos inativos.

Neste sentido, estar engajado e vivenciar de forma prazerosa as atividades do grupo de movimento faz com que os idosos tenham assiduidade e continuidade na participação, o que resulta em ganhos efetivos em sua qualidade de vida. A esse respeito, SUH et al (1986) destacam que os eventos da vida diária, referidos como pequenos eventos (e não os grandes eventos), têm mais poder de afetar o bem-estar do idoso, sendo o engajamento em atividades significativas um dos componentes de satisfação com a vida.

A teoria do curso de vida de BALTES e BALTES (1990) sustenta que manter relações de proximidade com as pessoas e manter-se envolvido em atividades produtivas é muito importante para manutenção da vida saudável. Pesquisadores como ROWE e KAHN (1998) compartilham essa idéia e acrescentam que o engajamento com a vida possui duas formas principais: a manutenção de relações com outras pessoas (já discutidas anteriormente) e o desempenho de atividades que são, no sentido amplo, produtivas. A participação no grupo pode ser vista como tal, uma vez que gera frutos significativos para a qualidade de vida: alegria, distração, leveza, autovalorização e mudança para melhor: “a gente se sente outra pessoa”.

Ademais, o engajamento em atividades significativas na velhice refere-se ao próprio engajamento com a vida, pelo qual esses idosos revelam-se abertos a novas experiências e possibilidades de aprendizado e desenvolvimento. Desta forma, outro aspecto considerado de importância diz respeito ao desenvolvimento continuado ou senso de crescimento pessoal, um indicador de bem-estar subjetivo.

Aquele que possui este senso é referido por RYFF (1989;1991) como uma pessoa que consegue perceber seu crescimento e desenvolvimento num *continuum*. Estando aberto a novas experiências, suas mudanças refletem-se em

autoconhecimento e em domínio sobre o ambiente. Os DSCs sugerem que estes idosos se percebem em mudança contínua (e para melhor), agregando significado positivo a suas vidas.

QUADRO VII – VITALIDADE

IC – Sente-se mais disposta e vitalizada

DSC I	DSC II
<p>Eu acho que eu rejuvenesci, viu, uns cinco anos, eu acho e puxa vida, eu me sinto outra, complemente. Às vezes eu penso assim, meu Deus, será que eu tenho mesmo a idade que eu tenho, não está parecendo. A gente não sente a idade que a gente tem. Eu melhorei mais, mais disposição, é mais do que eu tinha antes. A gente sente, sei lá, mais vida parece. Acho que no dia-a-dia, o movimento do serviço assim,. É..., mais animada, pra gente fazer esses serviços. Limpar a casa, cozinhar, lavar as vasilhas, levantar e tal ir á missa, ir para igreja, eu acho que eu vou com mais facilidade. ,Acho que eu faço o que uma pessoa de 18 anos é difícil fazer. Minha casa é enorme e eu não tenho faxineira, às vezes uma vez por mês. Eu lavo, eu passo, eu cozinho, eu limpo a casa toda e não sinto cansaço, depois disso (grupo de movimento). Outro dia eu peguei um quintal lá da casa velha que eu tenho lá, arranquei o mato todo e só não peguei o peso todo sozinha, com medo de me escadeirar. Esse negócio aí... ta ajudando a gente em tudo, tudo. A disposição é em tudo é uma coisa que só faz bem pra gente. Hoje eu já abri o natal lá em casa, comecei com um sambão do Jorge Aragão. De modo geral, eu acho que parece que dá mais ânimo para gente. Outro dia eu tive a impressão que eu tava dançando com o Luciano Szafir! Luciano Szafir. Parece que a gente valoriza mais a vida.</p>	<p>Eu acho que depois que eu comecei a freqüentar lá, eu estou vivendo mais. Eu me sinto muito bem! dá estímulo né, parece, pra viver, é maravilhoso! Eu acho, você vai chegando certa idade você fica prevendo o que? Ah, eu acho que não vou durar muito tempo mais eu estou muito doente, minha mente era assim. Hoje não, hoje eu vejo diferente. Hoje eu vejo assim, eu tenho que aproveitar todos os momentos da minha vida, é uma vida que eu tenho, né. E eu tenho que aproveitar esta vida que eu tenho.</p>

Os DSCs, ilustrados no quadro VII, apresentam a idéia de que, a partir do G.M., os idosos sentem-se rejuvenescidos. Referem-se à *disposição e estímulo pra viver*. É possível inferir que tais relatos descrevem um vigor que se reflete

positivamente em diferentes âmbitos da vida cotidiana: atividades domésticas, relações sociais e sexualidade.

Ao que parece, os DSCs citados apontam contradições na representação estereotipada do envelhecimento, possibilitando uma ruptura na concepção de velhice como decrepitude, muito bem posta na seguinte afirmação, de um dos participantes: *“Você vai chegando a certa idade, você fica prevendo o que? Ah, eu acho que não vou durar muito tempo mais. Eu estou muito doente.”*

Isto remete a alguns dos mitos da velhice elencados por ROWE e KAHN (1998 p.11): “Ser velho é ser doente”, “Você não pode ensinar novos truques a um cachorro velho”, “As luzes podem estar acessas, mas a voltagem é fraca”. Estes mesmos autores lembraram que uma das dimensões do envelhecimento bem sucedido é o contínuo engajamento com a vida, que se refere à disponibilidade em se relacionar com os outros e a continuidade das atividades praticas.

Em ambos os casos, os discursos referem-se à disposição e estímulo para viver, significando, também, o combustível necessário para as práticas do cotidiano, tais como *cozinhar, lavar louças, levantar da cama e ir à missa*. Certamente, isto tem a ver com aspectos da manutenção da capacidade funcional, conforme explica NERI (2001): a preservação da capacidade de realizar atividades básicas da vida diária.

Uma vez que a capacidade funcional é um parâmetro de medida da qualidade de vida no envelhecimento, os dados permitem afirmar que o grupo de movimento promoveu qualidade de vida, ao melhorar a capacidade funcional dos idosos. Assim, é possível considerar os relatos dos idosos como indicativos de satisfação ou bem-estar subjetivo, de acordo com os parâmetros estabelecidos por RYFF (1991).

Nesta mesma perspectiva, BALTES et al. (1999) relaciona a competência com a vida diária aos manejos da vida prática, qualificando-os como pré-requisitos da independência e autonomia. Além disso, realizar eventos da vida diária de forma assertiva e gratificante reflete diretamente nas relações positivas com os outros.

A associação entre força, vitalidade e juventude é outro ponto referido pelos idosos nos DSCs: *“Acho que eu faço o que uma pessoa de 18 anos [faz]”, “Eu acho que eu rejuvenesci uns cinco anos”* ou, ainda, *“a gente não sente a idade que a gente tem”*.

Mesmo que esta associação sugira as polaridades jovem-vitalidade e velho-mortalidade, é inegável a possibilidade de a mesma indicar modificações na auto-estima e na auto- imagem dos participantes. O sentimento de ser como jovem, de ter uma imagem positiva de si mesmo, de ser capaz de realizar tarefas valorizadas por seus iguais, parecem ser produzidos na medida em se faz coisas potencializadoras na vida diária.

O desempenho em atividades pode contribuir para reforçar o sentimento de valor pessoal. Conseqüentemente, reforçam o autoconceito a partir da percepção de auto-eficácia, ou seja, a capacidade que o indivíduo tem em realizar ações que satisfaçam demandas situacionais (MCAULEY, 1994, apud Okuma,1997), dessa forma, os idosos sentem-se bem consigo mesmo, por realizarem tarefas que anteriormente eram pensadas como irrealizáveis: *Eu lavo, eu passo, eu cozinho, eu limpo a casa toda e não sinto cansaço, depois disso (grupo de movimento). Outro dia eu peguei um quintal lá da casa velha que eu tenho lá, arranquei o mato todo e só não peguei o peso todo sozinha, com medo de me escadeirar.*

É importante destacar que o senso de bem-estar psicológico refere-se a estados emocionais como excitação, interesse, orgulho e prazer (OKUMA,1997) que concorrem, entre outros aspectos, para o senso de satisfação e valorização da própria vida. Os DSCs corroboram com essa idéia: *eu tenho que aproveitar todos os momentos da minha vida, é uma vida que eu tenho, né. E eu tenho que aproveitar esta vida que eu tenho.*

Estar aberto para a vida e suas relações, possibilita, dentre outras coisas, entrar no 'espírito natalino': *“Hoje eu já abri o natal lá em casa, comecei com um sambão do Jorge Aragão”* e vivenciar aspectos da sexualidade: *“eu tive a impressão que eu tava dançando com o Luciano Szafir!”*

QUADRO VIII – DEPRESSÃO

IC- A participação no grupo melhorou o estado depressivo

DSC II
<p>Eu tenho muito problema de depressão e quando eu comecei a freqüentar o grupo eu aprendi muito a respirar, e esses trabalhos dele tem me ajudado bastante. Eu entrei no grupo porque eu estava muito depressiva, problemas de família estava muito depressiva e muitas vezes eu vinha pra cá deprimida., então às vezes eu vinha pra cá assim, abafada né,? Aquela coisa horrível,! Saía melhor. Ai, eu fui percebendo como é bom, tanto para o corpo quanto para o espírito, eu acho pra mente, pra tudo né? a gente sai de lá com outra cabeça, às vezes a gente vai pra lá deprimida, a gente sai de lá tranqüila né, leve, outra pessoa, Graças a Deus! Sabe, abriu mais a minha mente, o meu coração, tudo. Apesar de que a gente sempre tem problema, mas para mim foi uma maravilha, porque eu não tenho mais depressão, eu dormia o dia inteiro. Eu sinto muito bem fazendo esse trabalho com ele.</p>

O DSC VIII refere-se à melhoria do estado depressivo por meio da participação nas atividades de Grupo de Movimento. Para DEPS (2003), na atividade de grupo os idosos podem encontrar satisfação pessoal e apoio emocional/social, o que favorece a prevenção e cura do estresse. Para COEHN e WILLS, (1985 apud Deps, 1993), o estresse ocorre quando alguém avalia uma situação ou evento de vida como ameaçadora ou quando sente não ter habilidades apropriadas para enfrentar pressões. A depressão é uma das possibilidades de respostas a eventos estressores, na qual o corpo tem várias de suas funções diminuídas (cognitivas, afetivas e fisiológicas).

A melhora da depressão aparece em nosso estudo associada ao aprendizado de técnicas de respiração - *“quando eu comecei a freqüentar o grupo eu aprendi muito a respirar, e esses trabalhos dele tem me ajudado bastante”* - à tranqüilidade propiciada- *“às vezes a gente vai pra lá deprimida, a gente sai de lá tranqüila né, leve, outra pessoa”* - e pela possibilidade de expansão - *“Sabe, abriu mais a minha mente, o meu coração”*.

Realmente, um dos efeitos dos trabalhos respiratórios, segundo STOLKINER (1995), é a ampliação da sensação de vitalidade corporal, uma vez que intensifica as trocas gasosas, oxigenando o organismo, aumentando o nível energético e a disposição física. Combinado com outros fatores, como a ampliação das redes de relação e trocas afetivas, a sensação de vitalidade concorre para a melhoria dos padrões de depressão.

O trabalho corporal proposto no G.M., como qualquer outro, proporciona benefícios, dentre eles, destacamos a imediata sensação de bem-estar, baixa ansiedade, relaxamento e redução da depressão.

Outro aspecto inerente às atividades de grupo refere-se ao suporte social. Para DEPS (1993) esse se apresenta como importante aspecto na melhoria dos estados de estresse, na medida em que este suporte for percebido como adequado. Neste sentido, FRY (1989 apud Néri) acrescenta que a solidão e a ausência de atividade grupal podem ser preditores de estresse e depressão, sendo estas relacionadas ao suporte social e afetivo, que podem também estar associadas à resolução de problemas.

DIENER e SUR (1998), preconizam haver uma forte relação entre solidão e isolamento, senso de desamparo e de incompetência comportamental com depressão, baixa saúde percebida e insatisfação com a vida. A esse respeito, ROWE e KALN (1998) também destacam os benefícios do suporte social, tanto para os aspectos físicos quanto aqueles relacionados ao humor, refletindo no estado global da saúde do idoso, assim como, citam as pesquisas da MacArthr Study, pelas quais detectaram significativo aumento no nível de três indicadores fisiológicos de estresse: epinefrina, norepinefrina e cortisol, conhecidos como 'hormônios do estresse'.

É pertinente ressaltar que o estado depressivo também interfere negativamente na disposição do idoso em engajar-se em atividades diárias e com a própria vida (DEPS, 1993). No discurso apresentado no DSC acima, não ter mais depressão significa "*não dormir mais o dia inteiro, estar com a mente e coração mais aberto, sentir- bem*". Indicando um aumento da probabilidade do idoso de se envolver em tarefas do dia a dia, principalmente aquelas voltadas para o autocuidado, aumentando assim seu senso de competência e auto-estima.

O senso de competência ou auto-eficácia percebida, de acordo com McAULEY (1994, apud Okuma, 1997 p.58) "tem sido demonstrado como importante determinante na capacidade de engajamento das pessoas em atividades, na persistência que demonstram quando frente a insucessos ou estímulos aversivos e no comportamento social ou relacionado à saúde". Em contrapartida, podemos verificar que pessoas com baixa auto-eficácia tendem a

desistir (op.cit). Neste sentido, podemos observar que a auto-eficácia percebida relaciona-se diretamente com o construto *domínio sobre o ambiente* referente ao senso de bem-estar na velhice (RYFF, 1989;1991).

5. 4. Manifestações de Bem-estar Subjetivo

Conforme apontado no Capítulo 2, o bem-estar subjetivo na velhice pode ser avaliado a partir de indicadores, inferidos do discurso dos idosos sobre como vivenciam a si próprios (incluindo seu passado e as expectativas futuras), o ambiente social (os outros com quem interagem) e o ambiente físico (os objetos do cotidiano). O quadro a seguir relaciona os critérios de bem-estar subjetivo e os discursos que fizeram referencia a tais critérios, permitindo sumarizar os diferentes pontos do Discurso do Sujeito Coletivo e o modelo de análise do bem-estar subjetivo de RYFF (1989; 1991).

CRITÉRIOS DE BEM-ESTAR SUBJETIVO (RYFF, 1989; 1991)	DISCURSOS REFERIDOS
<p>MANUTENÇÃO DE RELAÇÕES POSITIVAS COM OS OUTROS: Diz respeito a manter relações calorosas, satisfatórias e verdadeiras, preocupando-se com o bem estar alheio de modo a ser empático e afetuoso com os outros e permitindo que, também, se preocupem com ele.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A princípio só vivia correndo, não parava para bater papo com ninguém, mas agora... • Eu tinha medo de me aproximar das pessoas, conversar, falar, pedir uma coisa. Mas agora não, mudei, completamente. • Eu aprendi muito, muito mesmo, assim, a viver com outras pessoas. • A amizade faz a gente viver assim com mais alegria, mais entusiasmo. • Estando lá a gente está no meio de uma turma, é gostoso, divertido.

	<ul style="list-style-type: none"> • A gente trata a todos como irmão, lá é uma irmandade só, tem o preto, tem o branco, tem o casado, tem o solteiro(...). • O relacionamento da gente com as pessoas...: Fora do grupo também, a gente fica mais sei lá, tem mais facilidade. • Às vezes a gente tem vontade de por pra fora, mas a gente fica guardando e isso faz mal pra gente, depois lá a gente pode se abrir. • Eu ia pra lá eu chorava, eu... me abria, nem todos gostam que se abra com ele, os problemas, que você vai levar problemas pros outros. Lá (...) é diferente. • Às vezes eu acho que uma mão no ombro é muito importante. • O dia que eu não vou: "Oh, o que houve?" Um telefonema, sei lá... De qualquer maneira, ou brincalhona, ou de qualquer maneira, eu faço falta. E eu, para mim, acho que é um valor. Não deixa de ser, não é? Você não acha? Quando a gente falta, ficam perguntando o que aconteceu, isto é importante para gente. Eu acho, né, sinal que lembraram, é isto aí. • Encontro, troca de conversas, opiniões, tudo é válido. Mas aqui além deste ponto, o C. também conversa com a gente. • Quando a gente falta, ficam perguntando o que aconteceu, isto é importante para gente. • Muda muito o relacionamento da gente, né? Com a família, né?.
<p>AUTO-ACEITAÇÃO: Implica em uma atitude positiva do indivíduo em relação a si próprio e o seu passado, reconhecendo e aceitando diversos aspectos de si mesmo, incluindo características boas e más;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O dia que eu não vou: " Oh, o que houve?" Um telefonema,(...) De qualquer maneira, ou brincalhona, ou de qualquer maneira, eu faço falta. E eu, para mim, acho que é um valor. Não deixa de ser, não é?Você não acha?

	<ul style="list-style-type: none"> • Se a gente fizer na rua o que a gente faz lá vão chamar a gente de retardada. Lá não, lá você faz careta, lá você ri, você chora, lá você dança, você tem liberdade para fazer tudo. • Hoje você tem um problema, amanhã a gente tem outro, não adianta ficar só curtindo aquilo. • Eu aprendi a aceitar assim os problemas, primeiro eu pensava que era só eu que tinha (...) mas agora a gente entende que não é só a gente. • Depois que eu entrei lá eu me achei mais forte. • Eu tinha medo de subir e cair, agora não; eu parei de cair! • Para mim melhora mais a mente. (...) a mente da gente melhora muito. • Ah, a despreocupar da vida e... Parece que dá uma leveza na gente. A gente se diverte tanto! A gente conversa, a gente ri, a gente dança.. Eu acho assim, muito divertido, né?
<p>AUTONOMIA: Refere-se a ser autodeterminado e independente, ter habilidade para resistir às pressões sociais para pensar e agir de determinada maneira e avaliar-se com base em seus próprios padrões;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eu tinha medo de me aproximar das pessoas, conversar, falar, pedir uma coisa. Mas agora não; mudei completamente. • o relacionamento da gente com as pessoas...: Fora do grupo também, a gente fica mais sei lá , tem mais facilidade. • Às vezes a gente tem vontade de por pra fora, mas a gente fica guardando e isso faz mal pra gente, depois lá a gente pode se abrir. • Minha filha fala que eu estou muito avançada. Ela acha que to muito pra frente. Ela tem ciúmes, mas eu nem ligo não. Eu faço ela rir também...

	<ul style="list-style-type: none"> • Eu depois que comecei lá eu saio mais de casa. Meu marido: "Já vai sair de novo" eu falo "vou". Ele também não para em casa! "Você também não para em casa, deixa-me sair! To indo. • Mãe, depois que você entrou no (...) você ficou é desnaturada! Porque a senhora não liga mais para as coisas, fica só querendo sair, passear, deixar nós aqui mãe! • (...) deixa eu fora benzinho. Então, assim, coisas que não vão me atingir, isto eu aprendi lá, eu deixo eles resolver lá. Para mim não sofrer (...). • Eu tinha medo de subir e cair, agora não eu parei de cair! • Parece que as pernas firmam melhor. Depois que eu entrei lá eu me achei mais forte. • Outro dia eu fui no convento, andei aquele pedaço tudo a pé, a gente chega lá em cima, não tem condições da gente assistir a missa em pé, aí eu lembrei do C.: "bota o pé no chão como uma árvore, que ela fica enfiada no chão". Eu assisti a missa todinha de pé! parece incrível! • Às vezes no ajoelhar na Igreja e levantar, né? Parece mentira a gente falar, assisti a missa todinha, não senti nada. • Eu entrei lá e abandonei os meus remédios, graças a Deus.
<p>DOMÍNIO SOBRE O AMBIENTE: É a competência para manejar o ambiente e aproveitar as oportunidades que surgem a sua volta, acima de tudo, sendo hábil para criar contextos apropriados às suas necessidades e valores;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eu tinha medo de me aproximar das pessoas, conversar, falar, pedir uma coisa. Mas agora não, mudei, completamente. • O relacionamento da gente com as pessoas....: Fora do grupo também, a gente fica mais sei lá , tem mais facilidade.

	<ul style="list-style-type: none">• Tem dia que chego cansada, o corpo pesado, aí faz os exercícios, meu Deus! Que coisa boa!• Outro dia eu fui no convento, andei aquele pedaço tudo a pé, a gente chega lá em cima, não tem condições da gente assistir a missa em pé, aí eu lembrei do C.: "bota o pé no chão, como uma árvore, que ela fica enfiada no chão". Eu assisti a missa todinha de pé! Parece incrível!• Tem vezes que de noite eu não estou dormindo aí eu começo a fazer a respiração, aí parece que o sono vem.• Hoje se eu não consigo dormir eu faço o trabalho de respiração e durmo rapidinho.
	<ul style="list-style-type: none">• Lá no trabalho com o Carlos o que eu vejo é a qualidade de vida, porque a gente sente melhora. Se não tivesse aquilo tenho certeza que a gente não estaria tão bem.• Parece que a gente valoriza mais a vida.• A gente sente, sei lá, mais vida parece.• Esse negócio aí... tá ajudando a gente em tudo, tudo. A disposição é em tudo.• Eu acho que depois que eu comecei a frequentar lá, eu estou vivendo mais. (...) dá estímulo né, parece, pra viver, é maravilhoso! Eu acho, você vai chegando certa idade você fica prevendo o que? Ah, eu acho que não vou durar muito tempo mais eu estou muito doente, minha mente era assim. Hoje não, hoje eu vejo diferente. Hoje eu vejo assim, eu tenho que aproveitar todos os momentos da minha vida, é uma vida que eu tenho, né. E eu tenho que aproveitar esta vida que eu tenho.

<p>CRESCIMENTO PESSOAL – é ter senso de crescimento contínuo e de desenvolvimento como pessoa, estando aberto a novas experiências e apresentando um senso de realização de seu potencial, de modo a reconhecer em suas mudanças, autoconhecimento e eficácia.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Este aspecto pode ser inferido de todas as falas acima de forma direta ou indireta. Ao fazer parte do G.M os idosos se propõem a novas experiências e mudanças. O grupo propiciou a proximidade de pessoas, novas amizades, intimidade e confiança no próprio corpo, reconhecendo seus potenciais e limites.. Houve também a possibilidade de experienciar a sensação de desprendimento de eventos estressores. Desta forma a mobilidade corporal esteve diretamente relacionada ao autoconhecimento, crescimento e eficácia.
--	---

CONCLUSÃO

Esta pesquisa nos permitiu concluir que o Grupo de Movimento do Município de Castelo, ES concorreu para a melhoria do senso de bem-estar dos seus integrantes. Os dados obtidos por meio dos relatos verbais dos idosos participantes deste grupo indicaram manifestações de bem-estar subjetivo segundo as categorias propostas por RYFF(1989;1991): relações positivas, auto-aceitação, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal.

Os seus resultados respondem ao problema desta pesquisa ao destacar a contribuição dos G. M.'s na promoção do bem-estar subjetivo dos idosos que participaram da mesma. Esta resposta sugere que o G.M. pode ser considerado uma tecnologia na promoção do bem-estar subjetivo para a população idosa. Suas contribuições ao bem-estar subjetivo estão atreladas aos objetivos da técnica, como a construção de novos repertórios existenciais de respostas aos desafios do processo de envelhecimento com qualidade de vida e bem-estar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As leituras realizadas até aqui ampliam e contribuem com a questão que se anuncia grave, ou seja, o rápido envelhecimento populacional; tendo em vista a queda da natalidade, a redução da mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida. Essa percepção tem provocado uma necessária revisão de conceitos que deverão nortear as políticas e programas na área da saúde e da saúde do idoso no mundo inteiro. Um desses conceitos refere-se ao fato de que o viver mais necessariamente deve estar associado à manutenção do bem-estar e da qualidade de vida na velhice.

Viver bem a velhice diz respeito à possibilidade de os idosos manterem a saúde, o funcionamento biológico e social, e também a capacidade de se adaptar às mudanças inerentes a essa fase da vida. Porém, o envelhecer satisfatoriamente depende de investimentos pessoais e sócio-culturais iniciados precocemente, o que nem sempre vem ocorrendo.

Historicamente a velhice foi vista como antítese do desenvolvimento. Essa idéia, respaldada pela geriatria e psicologia do desenvolvimento em seus primórdios, ronda o nosso cotidiano e ainda permeia o imaginário de muitas pessoas. Entretanto, mesmo havendo uma associação do envelhecimento com decrepitude e inutilidade, defendida por algumas teorias, é crescente o número de estudos que apontam uma outra direção, ou seja, a velhice como sinônimo de expansão e crescimento com limites e potencialidades como qualquer outra fase do desenvolvimento humano. Concorrendo nessa mesma direção, nossa experiência com a população idosa no município de Castelo (ES) nos revelou que esta fase pode sim ser sinônimo de expansão e mudanças de comportamento em direção a uma vida mais saudável.

Em geral, a parte da população de Castelo com a qual foram realizadas as atividades do G.M. teve um curso de vida marcado, dentre outras condições, pelo fato de serem filhos de imigrantes italianos, lavradores, semi-analfabetos, e também pelos movimentos de enfrentamento das adversidades. Mesmo que tais adversidades tenham produzido limitações em seus processos de envelhecimento,

como corpos cansados, endurecidos e desvitalizados, esses idosos mostraram-se engajados, confiantes e entusiasmados com as atividades propostas nos G.M.

Uma das razões possíveis para o engajamento inicial nas atividades era a falta de opção da região quanto a espaços de convivência e de programas de saúde específicos para este segmento populacional. Entretanto, se num primeiro momento a falta de opção pareceu ser o principal motivador do engajamento, o que se verificou a *posteriori* foi a percepção gradativa dos benefícios advindos dos trabalhos nos G.M. por parte dos participantes, tais como ampliação da rede de relações e melhoria das condições de saúde (sono, flexibilidade, vitalidade, depressão), fato que garantiu a permanência dos freqüentadores mais antigos e o ingresso de novos participantes.

Durante esses quatro anos, foi possível testemunhar o dinamismo, a alegria, a vitalidade, e as transformações vivenciadas por cada um dos integrantes do G.M. Contrariando os ditames de uma concepção de desenvolvimento menos existencial e mais produtivista, os resultados desta investigação apontam para as potencialidades dos participantes no sentido de serem capazes de intervir em seu ambiente corporal e social, produzindo mudanças positivas, indicando (assim) que o envelhecimento pode significar crescimento e expansão em vários aspectos.

A partir dos estímulos proporcionados pelos exercícios corporais, os idosos participantes do G. M. foram capazes de mobilizar sua energia e descarregá-la, favorecendo a mobilidade energética e ampliando seu repertório de expressão. Durante os trabalhos de G.M. está presente uma carga de energia que cresce na busca de sua descarga, em favor de um estado de bem-estar, e capaz de interferir nos estados de estase energética e seu fluxo. Quando a energia está fluindo no ato de exercitar-se no grupo, observamos uma relação de prazer e satisfação que aumenta a percepção da vitalidade do idoso. Ao relacionar-se de forma mais espontânea e criativa no grupo, facilita-se a expressão de características presentes no caráter genital, que é uma estrutura mais flexível e menos compulsiva.

Sob esta lente teórica, nosso foco foi, então, dirigido às potencialidades do processo de envelhecimento a partir de um limite pré-estabelecido: o corpo de cada um e sua possibilidade de flexibilização e expansão. Essa premissa teórica básica funde-se aos pressupostos da teoria *life-span*, uma vez que os mesmos são construídos a partir de um referencial também contextualista, que considera a

expansão de limites. Este referencial possibilitou captar o sentido de corpo possuidor de subjetividade que se expressa por meio de sua corporeidade. Assim, um corpo, mesmo que envelhecido, possui flexibilidade, vitalidade e adaptabilidade, sendo capaz de transformar-se a partir da sua realidade.

Ao privilegiar o olhar atento e receptivo ao corpo idoso no G.M., foi possível criar uma rede de relações positivas privilegiando o prazer e o encontro caloroso, favorecendo assim as trocas de experiências e o aprendizado mútuo. A técnica de G.M. entra em cena oferecendo os instrumentos que permitem intervir nos diferentes corpos dos idosos, em seus ritmos, movimentos e expressividade, estimulando a autopercepção e o autoconhecimento.

Outro resultado relevante observado relacionado à aplicação da técnica do G.M., diz respeito e ampliação da capacidade de auto-expressão e construção de repertórios de resposta existenciais que expandiram os limites iniciais (corporais e relacionais). Dessa forma, foi-se criando um campo fértil para um aprofundamento das questões inerentes à corporeidade do idoso, concorrendo para a promoção de mudanças positivas e significativas em seu cotidiano, resultando em um envelhecimento com melhor qualidade de vida e bem-estar.

A convivência no G.M., gradativamente, foi aumentando as redes de amizade, sendo essa percebida como benéfica aos relacionamentos interpessoais, ao oferecer o suporte sócio-emocional necessário para o surgimento de novas formas de expressão e subjetividades, incluindo expressões de afeto, respeito e estima, assegurando, dessa forma, um sentimento de valor aos idosos, o que, segundo nossa avaliação, concorreu positivamente para a tomada de posturas mais firmes e determinadas, no sentido da manutenção e/ou construção de autonomia, fato que pôde ser verificado, principalmente, nos relatos de mudanças nas relações familiares e nas atitudes de enfrentamento e resoluções de problemas.

Ao ampliar a rede de relações positivas dos participantes com outros e com eles mesmos, a autopercepção do próprio corpo foi modificada, interferindo no senso de bem-estar. O bem-estar subjetivo, em seus vários aspectos (relações interpessoais positivas, auto-aceitação, autonomia, domínio sobre o ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal) são fenômenos presentificados num corpo mediado por interações sociais. Interpostos, estes aspectos corroboram a visão

monista de Reich: fenômenos “psicológicos” são corporais e o corpo é o *locus* destes fenômenos.

Mudanças na auto-estima e na autonomia emocional certamente se relacionam com os resultados previstos em intervenções que utilizam o referencial reichiano. Conforme postulou REICH, o desbloqueio da couraça muscular aumenta a vitalidade, uma vez que desmancha as tensões musculares que sustentam nossos padrões de funcionamento.

Neste sentido, na medida em que os objetivos do G.M. foram alcançados, foi possível verificar mudanças nos aspectos físicos e relacionais dos participantes, conforme o relato dos mesmos. Corpos mais soltos em seus movimentos, presentes em seus contatos (consigo mesmo e com os outros) e vitalizados (energizados) foram referidos como mais “vivos” e “saudáveis”. Neste processo os idosos se mostraram pró-ativos, portadores de objetivos e metas e construtores de recursos que lhes estão sendo úteis na adaptação às mudanças que vêm ocorrendo em seus corpos e ambiente, assim como na manutenção do bem-estar e na preservação da capacidade de realizar atividades da vida diária.

A técnica de intervenção avaliada neste estudo parece ter proporcionado aos idosos parte dos meios necessários para que pudessem ter saúde e/ou melhorá-la, exercendo um certo controle sobre seu próprio bem-estar. Também, de uma forma educativa, possibilitou a aquisição de autoconhecimento sobre sua corporeidade, tornando-os capazes de controlar alguns fatores (adversos ou prazerosos) de sua experiência.

De forma idiossincrática, houve o desenvolvimento de condutas de transformação de aspectos do meio circundante dos participantes, em uma direção positiva. Tais condutas podem ser compreendidas como um novo estilo de vida, caracterizado por uma certa autonomia na promoção de condições favorecedoras do bem-estar, tais como condições de saúde, rede de relações, sono, vitalidade, mobilidade, flexibilidade e humor. Por várias vezes os discursos permitem inferir um aumento das duas propriedades da autonomia (GOLDIM, 2000): a possibilidade de escolha do controle de influências e a capacidade de ação intencional na direção dessa escolha.

Tornar o idoso autônomo é torná-lo um protagonista do seu processo de saúde; este é um importante objetivo da Saúde Pública. Ao observarmos o G.M. sob a lente da Saúde Pública, é possível considerá-lo como tecnologia a serviço da promoção de saúde do idoso. Isso se deve ao fato de que os objetivos das práticas de G.M e de Promoção de Saúde caminham no sentido da construção de um conjunto de estratégias visando estimular o indivíduo a agir de modo saudável.

Como visto neste estudo, o G.M. interferiu positivamente em mudanças comportamentais pessoais na busca de relações mais saudáveis consigo mesmo (seu corpo) e com o meio ambiente, determinantes diretos da saúde. Essas mudanças deverão ser continuamente mantidas, pois confrontam-se com os limites sócio-culturais, que dificultam ao idoso uma vida mais ativa, tais como as tradições culturais, os estereótipos e, até mesmo, algumas teorias científicas sobre o envelhecer, reproduzidas no discurso de muitos idosos.

Há, ainda, as posturas paternalistas de membros da própria comunidade ou de políticos oportunistas, a valorização de uma produtividade calcada em bens que anulam o lazer e o prazer e a ênfase em um futuro que enterra uma história. Ao questionar tais limites, os resultados deste estudo permitem apontar que alguns aspectos do processo de envelhecimento precisam ser mais bem discutidos.

Aquilo que foi referido por BALTES (1990) pode ser retomado para ilustrar o que afirmamos: tanto a diminuição da plasticidade comportamental (possibilidade de mudar para se adaptar ao meio) quanto a da resiliência (capacidade de reagir e de se recuperar dos efeitos da exposição a eventos estressantes) parecem depender não exclusivamente do processo de envelhecimento em si mesmo. Ao nosso ver tais processos estão atrelados à cristalização de uma corporeidade instaurada por um contexto ambiental e cultural massificador e alienador, gerador de condições de exclusão.

O processo desta pesquisa também teve os seus limites inerentes. Por ser um estudo de caso, os resultados são referentes àquela realidade específica: às características do coordenador, dos participantes e também do processo da intervenção. O vislumbre de estudos futuros sugere a necessidade de um controle dessas variáveis, aplicando a técnica em grupos urbanos e rurais e realizando medidas do bem-estar subjetivo antes e depois da intervenção.

Mesmo que outras formas de medida do bem-estar subjetivo, diferentes do relato, sejam usadas, essas serão necessariamente verbais e dependentes das relações afetivas com o coordenador do grupo. Isto permite afirmar que a origem da avaliação positiva dos resultados do grupo pode estar concomitantemente nas mudanças corporais e nas relações afetivas com o coordenador.

Em síntese, este estudo se afasta das tendências tradicionais dos estudos sobre envelhecimento no Brasil que focalizam perdas e problemas (NERI, 1993). Ao enfatizar a vitalidade, a construção da autonomia e dos demais aspectos do bem-estar subjetivo, mostrou-se os equívocos de uma caracterização da velhice como etapa decrépita da existência humana.

REFERÊNCIAS

- Alexander FM. **A ressurreição do corpo**. São Paulo: Martins Fontes; 1993.
- Albertini P. **Uma contribuição para o conhecimento do pensamento de Reich: desenvolvimento histórico e formulações para a educação**. São Paulo; 1992. [Tese. Doutorado Instituto de Psicologia da USP].
- _____. Reich e a possibilidade do bem-estar na cultura. **Dossiê Wilhelm Reich e outros trabalhos**. Psicologia USP. Instituto de psicologia da universidade de São Paulo; 2003; 4: 61-89.
- Anderson B. **Alongue-se**. São Paulo: Brasiliense; 1983.
- Aranha M., Martins M. **Filosofando: introdução à filosofia**. São Paulo: Moderna; 1986.
- Baker EF. **O labirinto humano: as causas do bloqueio da energia sexual**. São Paulo: Summus; 1980.
- Baltes PB., Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization and compensation". In: Baltes, PB e Baltes MM. (orgs) **Successful aging: perspectives from the behavioral sciences**. Nova York: Cambridge University Press; 1990; p.1-37.
- Baltes MM. *et al.* Everyday competences in old and very old age; Theoretical considerations and empirical findings. In: Baltes PB, Mayer KU. **The Berlin aging study: aging form 70 to 100**. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
- Baudrillard J. **A sociedade de consumo**. Rio de Janeiro: Elfos; 1995.
- Biaggio M. **Psicologia do desenvolvimento**. Petrópolis: Editora Vozes; 1981.
- Bigio MC. A qualidade de Vida Mora Aqui. **Século**, Vitória, 2001. abril, ano II, 14: 40-46.
- Boadella D. **Nos caminhos de Reich**. São Paulo: Summus; 1985.
- _____. **Correntes da vida: uma introdução à biossíntese**. São Paulo: Summus; 1992.

Brasil. **Projeto Promoção da Saúde**. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília, Ministério da Saúde; 2001N.

Buscaglia L. **Assumindo a sua personalidade**. 6^ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1978.

Buss PM. *et all*. **Promoção da saúde e a saúde pública. Contribuição para o debate entre as escolas de Saúde Pública da América Latina**. Rio de Janeiro: ENSP/ Fiocruz; s/d. (mimeo).

Camargo JR. A Biomedicina. **Revista de Saúde Coletiva** 1997; 7 (1): 45-68.

Carvalho AM. **Cultura física e desenvolvimento**. Lisboa: Compendium; 1973.

Cellin J. **Piemonteses em Castelo: aspectos culturais**. Vitória: EDUFES; 2000.

Chaimowicz F. **Os idosos brasileiros no século XXI**. Belo Horizonte: Postgraduate Brasil; 1998.

Chopra D. **Corpo sem idade, mente sem fronteiras: a alternativa quântica para o envelhecimento**. 9^ª ed. Rio de Janeiro: Rocco; 1994.

Cukiert M. **Uma contribuição à questão do corpo em psicanálise**. São Paulo; 2000. [Dissertação de mestrado . Instituto de psicologia da USP. Departamento de Psicologia Clínica].

Dadoun R. **Cem flores para Reich**. São Paulo: Moraes; 1991.

Deps VL. Atividade e bem-estar subjetivo na maturidade. In: Neri, AL. (org). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papyrus; 1993.

De Leo DL. An internationally applicable instrument to assess quality of life in the elderly. **Behavioral Medicine**. Spring; 1998

Diener E. Subjective well-being. **Psychological Bulletin** 1984; 542-556.

Diener E., Lucas RL. **Personality and subjective well-being**; 2000 ediener@spsych.uiuc.edu Acessado em 24/04/2004.

Diener E., Suh EM. Subjective well-being and age: An international analysis. In: Schaie KW., Lawton M.P. **Annual Review of Gerontology and Geriatrics** 1998; 17: 304-324.

Favre R. **Grupo de movimento somático existencial**. São Paulo: Centro de Educação Somático Existencial; 1995. (mimeo).

Featherman D L., Smith J., Peterson JG. Successful aging in a post-retired society. In BALTES, PB.; BALTES, MB. **Successful aging: perspectives from the behavioral sciences**. Cambridge: Cambridge University Press; 1993. p.50-93.

Ferraz ST. **Bases conceituais da promoção da saúde**. Brasília: OPS (mimeo).

Freire SA. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In Neri, AL.; Freire SA. (orgs). **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papirus; 2000. p.21-32.

Gaiarsa JA. **O espelho mágico: um fenômeno social chamado corpo e alma**. São Paulo: Summus; 1984.

____. **Como enfrentar a velhice**. São Paulo: Ícone; 1986.

Gama E., Rego R. Grupos de movimento : consciência e expressão de si através do corpo. **Cardenos Reichianos**. São Paulo: Sades Sapient; 1984.

Gaskell G. Entrevistas Individuais e grupais. In: Bauer e Gaskel G. **Pesquisa qualitativa com textos, imagens e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes; 2002.

Giatti L., Barreto S. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** 2003; 19(3): 759-771.

Goldim JA. **Princípio do respeito à pessoa ou da autonomia**. URL disponível em <http://www.ufrgs.br/HPCA/gppg/autonomia.htm>. Acessado em 27/11/2003.

Goldstein LL. Stresse e coping na vida adulta e na velhice. In: Néri, L. (org). **Psicologia do envelhecimento: temas selecionados numa perspectiva de curso de vida**. Campinas: Papirus; 1993.

Guimarães MCS., Novaes SC. **Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade**. URL disponível em <http://www.cfm.org.br/revista/bio1v7/autonomia.htm>. Acessado em 27/11/2003.

Guimarães MCS., Novaes SC. **Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade.** URL disponível em <http://www.cfm.org.br/revista/bio1v7/autonomia.htm>. Acessado em 27/11/2003.

Gunther B. **Sensibilidade e relaxamento.** São Paulo: Brasiliense; 1979.

Higgins M., Raphael C. **Reich fala de Freud.** Lisboa: Oraes; 1979.

Hyflick L. **Como e por que envelhecemos.** Rio de Janeiro: Campus;1996.

Hofmann R., GUDAT U. **Bioenergética: liberar a energia vital.** Porto Alegre: Kuarup; 1997.

Kelleman S. **Viver o seu morrer.** São Paulo: Summus; 1997.

____. **Corporificando a experiência.** São Paulo: Summus; 1995.

____. **Realidade somática.** São Paulo: Summus; 1994.

Fundação IBGE. **Censo demográfico: resultados preliminares: 2000.** www.ibge.com.br Acessado em 24/04/2004.

____. **Síntese de indicadores sociais: 1999.** Rio de Janeiro; 2000.

Laplanche J., Pontalis JB. **Vocabulário da psicanálise.** 11ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1991.

Lascher C. **A cultura do narcisismo.** Rio de Janeiro: Imago; 1986.

Lefèvre F., Lefèvre AMC. **Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa.** Caxias do Sul: EDUCS; 2003.

Lehmans JM. A psicomotricidade na gerontologia. **Revista do Corpo e da Linguagem** 1983; 1:113 -121.

Lima-Costa MF., Barreto SM., Giatti L., Uchoa E. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Caderno de Saúde Pública** 2003; 19(3): 735-743.

- Lowen A., Lowen L. **Exercício de Bioenergética**. São Paulo: Ágora; 1985.
- Maluf JR. N. Ensaio sobre contribuições dos pensamentos freudiano e reichiano à epistemologia. **Revista da Sociedade Wilhelm Reich/RS** 2002; 5: 47-58.
- _____. (Org) **Reich: o corpo e a clínica**. São paulo: Summus; 2000.
- Mendes EV. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Huvitec; 1988.
- Mcmurdo MET. A heathy old age: realistic or futillie goal? **British Medical Journal** 2000. URL acessível em http://www.findarticles.com/cf 0/m0999/7269_321/67581555/print.jhtml. Acessado em 19/06/2003.
- Moreira W W. et al. **Corpo presente**. Campinas: Papirus; 1995.
- Myers DG, Diener E. The pursuit of happiness. **Scientific American** 1996; May: 54-56
- Neri AL. (Org.) **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus; 1993.
- _____.(Org). **Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida**. Campinas: Papirus; 1995.
- _____.Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. **Gerontologia** 2001; 9: 6-13.
- ____Paradigmas comtemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e em sociologia. In NERI, AL. (org) **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas: Papirus; 2001. p.11-37.
- Neri AL. **Palavras– chave em gerontologia**. Campinas: Alínea; 2001.
- Neri AL., Freire SA. (orgs). **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papirus; 2000.
- NOVO HA. **A dimensão ético-afetiva dos discursos sobre a violência: implicações para o processo de convivência social**. [Tese de doutorado em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1996].
- Okuma SS. **O significado da atividade física para o idoso: um estudo fenomenológico**. São Paulo; 1997. [Tese de doutorado - Doutorado Instituto de Psicologia. USP].

Okuma SS. **O significado da atividade física para o idoso: um estudo fenomenológico.** São Paulo; 1997. [Tese de doutorado - Doutorado Instituto de Psicologia. USP].

ONU. **Recomendações da Assembleia Mundial sobre o envelhecimento.** Áustria: 1982.

Pikunas J. **Desenvolvimento humano.** São Paulo: Mc Graw-hill do Brasil; 1979.

Pinto M.S. **IV Manual de recursos técnicos de dinâmicas de grupo.** Recife: Litteris; 1999.

Py L. **Testemunhas vivas da história.** Rio de Janeiro: NAU; 1999.

Ramos LR. A explosão demográfica na terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. **Gerontologia** 1993; 1: 3-8.

____. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública** 2003; 19(3): 793-798.

Ramos LR., Veras RP., Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade Brasileira. **Revista Saúde Pública** 1987; 21: 211-224.

Rauth J., Rodrigues NC. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In Freita, EV. de et all. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.106-110.

Rego RAA. Clínica pulsional de Wilhelm Reich: uma tentativa de atualização. **Dossiê Wilhelm Reich e outros trabalhos.** Psicologia USP. Instituto de psicologia da universidade de São Paulo 2003; 4: 35-59.

Reich W. **Análise do caráter.** São Paulo: Martins Fontes; 1998.

____. **A função do orgasmo.** 10ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1995.

Rowe JW., Kahn RL. **Successful aging.** New York, N. Y: Panteon Books; 1998.

Rudinger G., Thomae H. Coping ad life satisfaction. In: Baltes PB, Baltes MB. (orgs) **Sucessful aging: perspectives from the behavioral sciences**. Cambrigde: Cambrigde University Express 1993. p.50-93.

Ryff CD. Possible selves in adulthood and old age: a tale of shifting horizons. **Psychology and aging** 1991; 6 (2): 286-295.

____.Hapinness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. **Journal of personality and Social Psychology** 1989; 57: 1069-1081.

Ryff C., Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. **Journal of Personality and Social Psychology** 1995; 69(4): 719-727.

Sícoli JL., Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação** 2003; 7(12): 101-122.

Simões R. **Corporeidade e terceira idade**. Piracicaba: Unimep; 1994.

Sofiati S. "Grupo de Movimento"... em movimento: uma prática viável em saúde pública. **Revista Reichiana** 1993; 2: 94-102.

Spinola AWP., André LM. **Estratégia de coleta de dados: grupo foco**. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2002. [apostila apresentada na disciplina de metodologia, mestrado em Saúde Pública, USP/FAESA].

Sousa, L.; Galante, H.; Figueiredo, D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista Saúde Pública** 2003; 37(3): 364-371.

Stolkiner J. **Respiração**. Seminário realizado em fevereiro de 1995 no Rio de Janeiro. (mimeo)

Souza MDP. **Grupo de movimento: a qualidade de vida e a corporeidade do idoso**. Vitória; 2000 [Monografia - Programa de pós-graduação em Gerontologia Social do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, da UFES].

____. **Grupo de Movimento: do involuntário ao voluntário**. Vitória: Instituto Wilhelm Reich;1996. (mímio).

Volpi JH., Volpi SM. **Práticas da psicologia corporal aplicadas em grupo**. Curitiba: Centro Reichiano; 2001.

Veras R. **País jovem com cabelos branco: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ UERJ; 1994.

____. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de saúde Pública** 2003; 19(3): 705-715.

Villas-Boas M. **Terceira Idade: uma experiência de amor: terapia corporal para idosos**. São Paulo: Paulinas; 1994.

Vicini G. **Abraço afetuoso em corpo sofrido: saúde integral do idoso**. São Paulo: Senac; 2002.

Yin RK. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3ª ed. São Paulo: Bookman; 2004.

ANEXOS

**GRUPO DE MOVIMENTO
QUESTIONÁRIO INICIAL**

Nome: _____

Idade: _____ Estado Civil: _____

End: _____

Nome do esposo/esposa: _____ idade: _____

Nome e idade dos filhos: _____

Telefone para contato: _____

Sr./Sra.:

O Grupo de Movimento é um trabalho corporal que tem como objetivo levar o participante a conhecer melhor seu próprio corpo, aumentar a sensibilidade e consciência sobre este e seus processos, também visa ampliar sua capacidade de movimento e expressão no mundo. Trabalha-se o fluxo energético e a vitalidade.

Não se trata de um trabalho que requeira grande esforço físico, entretanto, para participantes com distúrbios psiquiátricos e cardiopatias graves, necessitamos de avaliação e acompanhamento de seu médico.

Para a sua participação no Grupo de Movimento é necessário que você preencha com atenção as questões abaixo. As informações são confidenciais. Preencha-as da maneira mais correta possível pois são fundamentais para a orientação de seu caso. Qualquer dúvida peça esclarecimentos ao coordenador.

QUESTÕES:

- 01 – O que você prefere fazer em suas horas vagas?
- 02 – Você tem algum medo ou fobia (pavor de alguma coisa)?
- 03 – Você sofre de alguma mania?
- 04 – Liste seus problemas de saúde?
- 05 – Já teve algum problema psiquiátrico?
- 06 – Liste todos os medicamentos que você toma e para que serve.
- 07 – O que você pretende conseguir ou melhorar em você com este trabalho?
- 08 – Da lista abaixo, dê um X naquilo que fala de você:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nervoso | <input type="checkbox"/> Come desesperadamente |
| <input type="checkbox"/> Dificuldade de relaxar | <input type="checkbox"/> Tem problemas com a alimentação |
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> É dependente para atividades diárias. |
| <input type="checkbox"/> Possui disfunção sexual | <input type="checkbox"/> Tem memória pobre |
| <input type="checkbox"/> Problemas de saúde | <input type="checkbox"/> Têm problemas com o marido, esposa ou companheiro (a) |
| <input type="checkbox"/> Alcoolista | <input type="checkbox"/> Se separou ou ficou viúvo/viúva recentemente |
| <input type="checkbox"/> Rói as unhas | <input type="checkbox"/> Sofreu algum trauma ou abuso em sua vida |
| <input type="checkbox"/> Range os dentes | <input type="checkbox"/> procura por mais vitalidade |
| <input type="checkbox"/> Têm pesadelos | <input type="checkbox"/> auto-estima baixa |
| <input type="checkbox"/> Usa drogas | <input type="checkbox"/> Sofre abuso ou negligência da família |
| <input type="checkbox"/> Outros: | |

09 - Liste alguma coisa que ocorreu ou ocorre na sua vida hoje que afeta o seu modo de ser.

10 - Você está neste momento em terapia? Caso positivo especifique o tipo e há quanto tempo:

11 - Já participou de Grupos de Movimento ou semelhantes? Onde e por quanto tempo? Qual o motivo de interrupção?

12 – Por que você se interessou por este trabalho?

Declaro que nesta data recebi o informações sobre o Grupo de Movimento que tome conhecimento de todos os seus termos, responsabilizo-me também pelas informações fornecidas.

Castelo, de de 1999 .

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO: O Grupo de Movimento e o Bem-estar na Velhice: Um Estudo de Caso com Idosos de Castelo – ES.

OBJETIVO: Avaliar as experiências participativas dos idosos nos grupos de movimento realizados neste município e verificar se essas experiências concorreram para promoção do bem-estar subjetivo na velhice.

Eu, _____, abaixo assinado, participante do Grupo de Movimento do município de Castelo – ES, em pleno uso e gozo de minhas faculdades mentais, declaro que aceito participar como sujeito da pesquisa acima referida sem nenhum ônus financeiro, pessoal ou moral. Tenho conhecimento de que os resultados deste estudo poderão ser apresentados em reuniões e publicações de cunho científico, entretanto recebi garantias de que serão mantidos absoluto sigilo e respeito sobre minha identidade e pessoa.

Declaro ainda que tenho plena liberdade para me retirar deste estudo a qualquer momento que decidir, sem que haja nenhum tipo de ônus ou constrangimento.

Considero plenamente satisfatórias as informações prestadas, bem como as respostas às dúvidas por mim suscitadas e responsabilizando-me pela veracidade das informações por mim fornecidas, aceito assinar o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Castelo, de de 2003.

Ass. Participante

R.G.

Resp. Ma. Dolores P de Souza - R.G 441.684

Tel. Para Contato: (027)33249754

A3. 1- TRATAMENTO DA ENTREVISTA COM O GRUPO FOCAL Nº 1

M: Hoje nós nos reunimos para falar sobre a experiência de vocês em participar dos grupos de movimento e como esta experiência afetou a vida de vocês e os relacionamentos com as outras pessoas. Eu gostaria que vocês pensassem um pouco naquele momento que vocês começaram no grupo, como é que vocês estavam fisicamente, emocionalmente como vocês estão agora.

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
S1: Fui convidada pela ...para fazer terapia corporal e a partir do momento que eu comecei a ir, 1ª. idéia eu percebi assim, é que havia assim uma maior socialização, né, entre eu e as pessoas, que havia uma amizade maior, e o 2ª idéia Carlos, assim, não tem palavras para falar sobre ele, e eu me dei bem. me.., eu tenho facilidade para comunicar com todo mundo e estou aí até hoje, sou uma das mais velhas.	(1ª. idéia) Percepção de maior socialização. A (2ª. idéia) O professor é muito bom B
S2:..Eu entrei convidada também pela [...], e ela já nem tá mais aqui mais, [...] e eu fui, gostei e continuo, graças a Deus, não vou largar nunca [...] eu sinto, 1ª idéia o que eu sinto é artrose né, uma coisa que não tem, pros médicos não tem cura isso, então eu já operei da perna. Aliás eu tenho que operar, mas eu sinto que estou com medo de operar, então eu estou levando né, e estou continuando no grupo. 2ª. idéia Gosto muito de lá, me esforço, começo a fazer os exercícios todos, gosto muito, e aí eu estou continuando.	(1ª idéia) artrose Z (2ª idéia) Gostou e está envolvida E
S3: Eu entrei deve ter uns quatro anos já, mas eu moro pertinho também né, então [...] 1ª idéia vendo as pessoas indo eu vou também né, eu to muito contente, ajuda [...] também né [...] vai durar muito tempo.	(1ª. idéia) está contente E
S4: Tem uns dois anos que eu entrei. Não entrei antes porque eu não sabia desse grupo viu, que um dia o Carlos foi lá e casa e conversando e puxa vida, 1ª. idéia me dei muito bem, viu! 2ª idéia Aprendi a ficar em pé sem cansar viu, coisa que eu não conseguia primeiro, né? E outras coisas, né, respiração, né e tudo, e 3ª. idéia acho maravilhoso, a convivência com as amigas, né? 4ª. idéia E o Carlos também que é muito bacana e 1ª. idéia se Deus quiser não vou sair tão cedo, enquanto eu puder.	(1ª idéia) satisfação E (2ª. idéia) melhoria em aspectos físicos Z (3ª. idéia) A convivência do grupo é boa A (4ª. idéia) O professor é bacana. B
S5: ... já é o terceiro ano que eu frequento lá né, desde que quando entrei assim, a vizinha né, que frequentava ela me animou e eu comecei. Já é o terceiro ano ,mas 1ª. idéia eu aprendi muito, muito mesmo depois que 2ª idéia eu comecei a participar lá, assim, a viver com outras pessoas, em casa mesmo né. 3ª. idéia Acho assim que foi muito bom e também	(1ª. idéia) Crescimento pessoal C (2ª. idéia) Aprendeu a conviver com as outras pessoas. A

<p>pretendo continuar até que eu puder participar, não quero sair mais não.</p>	<p>(3ª idéia.) satisfação E</p>
<p>S6: Eh, fui convidada pela.... 1ª. idéia Eu gostei muito. 2ª. idéia Estou gostando muito principalmente as amizades né, e com 3ª. idéia o professor, e 1ª. idéia estou gostando muito e pretendo continuar.</p>	<p>(1ª. idéia) satisfação E (2ª. idéia) gostando das amizades A (3ª. idéia) gostando do professor B</p>
<p>S7: Eu há muito tempo que eu ouvi a ... sempre falar nessas ginásticas, [...] , mas ela sabe, né, que eu tenho um filho excepcional, e nem sempre eu tenho tempo e alguém que tomasse conta, então eu não tinha oportunidade de entrar. Agora eu consegui uma moça que vai e toma conta direitinho. E a dona ..., muito empolgada porque entrou lá, e disse que estava melhorando muito, que ela não dobrava mais a perna, e ela não virava um braço e tava melhorando muito, me animou muito. Aí eu falei com a Inês e consegui entrar. 1ª. idéia Eu estou muito satisfeita, 2ª. idéia tenho melhorado muito das minhas dores e pretendo continuar [...]</p>	<p>(1ª. idéia) satisfação E (2ª. idéia) Tem melhorado as dores. Z</p>
<p>S8: Eu fui convidada pela nossa coordenadora, a ...: "ah (fulana), vai, entra no grupo. ".1ª. idéia Ah, eu vou experimentar e já tem quatro anos que eu estou no grupo, e eu me dei muito bem, 2ª. idéia principalmente a respiração. Em casa, as vezes eu me sinto assim cansada e aí faço os alongamentos, que o Carlos passa para gente. E que beleza que é! 1ª. idéia Acho que tão cedo eu não paro, e faço propaganda com as outras, daí que, com todo mundo né, para participar que é muito bom, é muito bom assim né, 3ª. idéia a comunicação com o grupo, 4ª. idéia com o Carlos é uma maravilha. Às vezes eu to meia relaxada e me lembro do Carlos e conserto. Muito bom!</p>	<p>(1ª. idéia) satisfação E (2ª. idéia) melhora na respiração Z (3ª. idéia) A comunicação com o grupo é muito boa.A (4ª. idéia) O professor é maravilhoso. B</p>

M: Eh... para continuar a nossa conversa eu vou pedir que vocês comentassem se o grupo de Movimento trouxe algum benefício físico para vocês. Se vocês sentiram alguma diferença no corpo de vocês.

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p>S3: 1ª. idéia No corpo, claro! A gente sente, sei lá, mais vida parece</p>	<p>(1ª idéia) Sim, sente o corpo mais vivo – vitalidade V</p>
<p>S8: 1ª. idéia Às vezes no ajoelhar na Igreja e levantar né, eu melhorei, bastante. Quer dizer [...] 2ª. idéia à noite para dormir [...] Às vezes eu falo Carlos, eu lembrei de você na hora de dormir. S8: Porque ele, assim... tem gente que fala: “eu estou dormindo tarde.” Você respira e tal, profundo. Reza que desliga, né, ? desliga os pensamentos. M: Então, a senhora, pelo que eu entendi, tem dormido melhor depois do Grupo de Movimento? S8: Ah, sim, sim, bastante.</p>	<p>(1ª. idéia) Sim, mais flexibilidade no ajoelhar/levantar. Z (2ª. idéia) sim, dorme melhor, desliga o pensamento. S</p>
<p>S4: Assim, 1ª. idéia por exemplo, eu fui no convento, andei aquele pedaço tudo a pé, a gente chega lá em cima, não tem condições da gente assistir a missa em pé, aí eu lembrei do Carlos: “bota o pé no chão como uma árvore, que ela fica enfiada no chão”. Eu assisti a missa todinha de pé! Não senti nada, parece incrível, parece mentira a gente falar, assisti a missa todinha, assim, tranquilo, só no pensar a gente...</p>	<p>(1ª. idéia) Sim, melhorou a percepção e o uso do próprio corpo. X</p>
<p>S7: Heim, por exemplo, a gente assim, pessoas de idade, né? Não fica assim com as pernas meio cambotas?1ª. idéia Depois que eu entrei nisto (Grupo de movimento), eu observo as pessoas andam assim, ficam assim com as pernas, meia cambotas, não fica assim (anda mostrando como a pessoa de idade andam envergadas), aí eu falei “gente, tem que espichar”, aí eu espicho, eu lembro dos exercícios aí eu espicho, porque menina como que cansa! A gente lá dentro de casa, às vezes tá fazendo alguma coisa na cozinha, a gente não relaxa assim (solta a postura), ah eu me lembro tanto dos exercícios, aí eu me coloco no ponto certo, como que descansa a gente, como a gente faz tudo melhor! S7: Como pesa as pessoas de idade, né? Eu estou observando muito isso, o Carlos um dia falou isso, as pernas ficam assim, anda e a gente fica assim mas a gente tem que se espichar, porque quanto mais encolher pior a gente vai ficando né...</p>	<p>(1ª idéia) Sim, A postura corporal correta descansa e melhora o desempenho. X</p>
<p>Todos concordaram</p>	
<p>S7: 1ª. idéia Eu olho muito isso em mim, eu olho para mim.</p>	<p>(1ª idéia) consciência corporal X</p>
<p>S3: Eu concordo, a gente que vai muito da pessoa assim, eh.. a postura tem que soltar</p>	<p>(1ª. idéia) Tem que soltar a postura Z</p>

<p>S2: Eu achei, 1ª. idéia depois que eu comecei esse exercício, eu caía muito, ta! Parecia que as pernas não firmavam direito. Depois que eu comecei, que o Carlos começou, né, a ensinar a gente a sempre confiar nas pernas, sabe que eu não caio mais? Lá em casa tem quintal, né? eu subo muito lá no quintal. Eu tinha medo de subir e cair, agora não. Depois que eu comecei a freqüentar... cê sabe que eu, ele (Carlos) sempre ensinou a confiar nas pernas, eu parei de cair. Parece que as pernas firmam melhor.</p>	<p>(1ª. idéia) Parou de cair porque passou a confiar nas próprias pernas. Z</p>
--	---

M: Alguém mais teve melhora no sono? Ou sentiu alguma diferença na forma de dormir ou na forma de acordar?

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p>S4: 1ª. idéia Acho que no dia-a-dia, o movimento do serviço assim, de modo geral, eu acho que parece que dá mais ânimo para gente. A gente fica mais...</p>	<p>(1ª. idéia) Sim, dá mais ânimo V</p>
<p>S7: .. 1ª. idéia. mais animada</p>	<p>(1ª. idéia) Sim, dá mais animo V</p>
<p>S7: 1ª. idéia É, mais animada, para a gente fazer esses serviços. Limpar a casa, cozinhar, lavar as vasilhas, levantar e tal ir à missa, ir para igreja, eu acho que eu vou com mais facilidade.</p>	<p>(1ª. idéia) Sim, Mais ânimo para as atividades diárias. V</p>
<p>S4: 1ª. idéia Acho que eu faço o que uma pessoa de 18 anos é difícil fazer, minha casa é enorme e eu não tenho faxineira, às vezes uma vez por mês, eu lavo, eu passo, eu cozinho, eu limpo a casa toda e não sinto cansaço. Só não faço assim, correndo. Faço em dois dias, mas sinceramente, eu não me troco muito por certas pessoas novas, viu? M: Mas a senhora não acha que a senhora já fazia desta forma antes? S: Ah, mas eu melhorei, depois disso (grupo de movimento) eu melhorei mais, mais disposição, bem mais.</p>	<p>(1ª idéia) Sim, Sente mais disposição para as tarefas de casa. V</p>
<p>S3: 1ª. idéia Esses exercícios, essas aulas do Carlos, é Biotônico Fontoura, tá... S: O corpo da gente fica mais leve. Eu tenho sítio. Eu vou lá para o sítio, eu trabalho. Ai, que gostosura que é! Muito bom. A gente não sabe assim dizer, como agradecer ao Carlos, não tem palavras. 2ª. idéia Ele é muito bom! Ele conversa muito com a gente, ele brinca, ele é muito bom mesmo.!</p>	<p>(1ª. idéia) Sim, os exercícios são fortificantes. V (2ª. idéia) O professor é muito bom B</p>
<p>S2: 1ª. idéia Tem pouco tempo que eu entrei, tem três meses, mas eu durmo bem, sempre dormi bem, sempre fui disposta a fazer as minhas coisas, cuidado da minha casa sozinha e às vezes eu canso um pouco. Aí eu paro, descanso e continuo. 2ª. idéia Pra mim eu to gostando. Eu to bem, me sentindo bem.</p>	<p>(1ª idéia) Não, sempre se sentiu bem e com disposição independente do grupo de movimento N (2ª. idéia) Está gostando do grupo de movimento. B</p>

S1: Dá mais disposição sim.	(1ª idéia .) Sim, dá mais disposição. V
S6: Eu também comecei há pouco tempo e não tenho mesmo tempo que as outras tem, [...] mas eu sinto que 1ª. idéia eu melhorei bem nas dores na coluna com os exercícios [...] e 2a. idéia na disposição, é mais do que eu tinha antes. Outro dia eu peguei um quintal lá da casa velha que eu tenho lá, arranquei o mato todo e só não peguei o peso todo sozinha, com medo de me escadeirar de novo. Chamei a menina para me ajudar.	(1ª. idéia) Sim, Melhora as dores das costas. Z (2ª. idéia) Sim, dá mais disposição. V

M: Outra coisa que vocês falaram no início é a questão de vocês estarem juntas, como é para cada uma, a socialização no grupo de movimento?

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
S1: Para mim Dolores, eu não tenho assim eh... dificuldades porque eu sempre trabalhei fora, e assim eh.. minha maneira de ser, eu sou muito comunicativa.Quando eu to fora de casa eu sou que nem mula de bêbado, eu paro com todo mundo.Mas 1ª. idéia é bom a gente conhecer outras pessoas, outras idéias, outras cabeças né, outras maneiras de viver.Acho bom, eu acho bom.	(1ª idéia) Sim, é bom conhecer outras pessoas. A
S7: 1ª. idéia Eu concordo com ela.	(1ª. idéia) Sim, é bom conhecer outras pessoas. A
S6: 1ª. idéia Eu sempre fui muito presa.,nunca fui de sair muito. Eu tinha dificuldade para sair. Então isso agora, essa socialização para mim ta sendo uma maravilha. De primeiro a gente passava pela turma não olhava, não cumprimentava nem nada, agora né, a gente passa, a gente mexe, conversa....	(1ª idéia .)Sim, melhorou a socialização. A
S8: 1ª. idéia Ah, gostei muito, gosto muito né. Agora fiz mais amizades. Conhecia assim, mas não tinha intimidade,né?. Mas estou gostando muito, tá ótimo.	(1ª. idéia) Sim, fez mais amizades. A
S2: : 1ª. idéia Eu acho, porque eu sou assim um pouco tímida, e sei lá...Não gostava muito, só se a pessoa vir a mim. Mas agora não,mudei, completamente... M: O grupo pode ter facilitado isso? Ou não? M: O grupo ajuda? S: É lógico que ajuda... M: Em que? S2: Em tudo né, aquele negócio que eu tinha, que eu falei agora, timidez, passou. Eu tinha medo de me aproximar das	(1ª. idéia) Sim, Melhorou a timidez. T

peças, conversar, falar, pedir uma coisa.

M: E na relação familiar? Na família de vocês? Vocês têm notado alguma diferença, no comportamento de vocês com algumas pessoas da família?

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p>S5: 1ª. idéia Minha filha fala que eu estou muito avançada. Ela acha que to muito pra frente. Ela tem ciúmes mas eu nem ligo não. Eu faço ela rir também....</p> <p>M: Isso tem ajudado na relação familiar ou tem atrapalhado?</p> <p>S: 2ª. idéia Tem ajudado. Meus filhos gostam muito, mandam eu ir mesmo</p>	<p>(1ª idéia) A filha tem ciúme C2</p> <p>(2ª. idéia) Sim, tem ajudado a relação familiar C1</p>
<p>S7: 1ª. idéia Lá em casa também meus filhos gostam muito. Às vezes eu falo assim: "Ah, eu não to boa não" Eles falam: "Ah não mãe, vai sim, vai sim..."</p> <p>M: Vai sim porque? Porque a senhora pensa que elas falam isto?</p> <p>S7: Porque elas querem que eu participe lá, né. Eu sempre falo: Eu não saio de lá. Uma coisa tão boa que eu achei até hoje...</p>	<p>(1ª idéia) Sim, Os filhos gostam muito. C1</p>
<p>S5: o grupo do ..1ª. idéia .elas (filhas) apóiam e acham bom eu participar, então quer dizer né a convivência é boa, elas aceitam e acham bom eu participar, aí melhorou a convivência, claro que melhorou...</p>	<p>(1ª. idéia) Sim, melhorou a convivência com as filhas. C</p>
<p>M: Então a família de uma certa forma apóia a ida da senhora.</p> <p>S5: 1ª. idéia Eles que me levaram e empurraram para lá. Aí outro dia eu falei para eles: ó, pode deixar vocês me empurraram, mas depois não vão me chamar de assanhada não, viu? Eu falei isso pra eles e eles começaram a rir.</p>	<p>(1ª. idéia) A família apóia C</p>

M: E no círculo de amizade de vocês, como isso repercute? Nas amizades fora do grupo, as pessoas que vocês convivem fora do grupo?

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
S8 Hein ..., chega lá e ele pergunta: "como vocês estão", aí 1ª. idéia ta todo mundo cansado, aí no final da aula ta todo mundo leve, né. Eu sou uma, tem dia que chego cansada, o corpo pesado, aí faz os exercícios, meu Deus! Que coisa boa!	(1ª. idéia.) Sim, os exercícios deixam todo mundo leve. R
S1: ..., deixa eu te dar um exemplo. Ela falou que ajuda. 1ª. idéia A conversa do Carlos anima e até ajuda a gente. É a mesma coisa da conversa do Carlos de quando você vem do cabeleireiro, ou põe uma roupa bonita, "Dolores, você ta tão bem, Dolores, você está ótima. Essa roupa ficou tão bem em você!". Seu ego fica como? É isso que acontece com a gente	(2ª. idéia) Sim, a conversa do coordenador eleva o ego. A
S3: 1ª. idéia Tem aquela conversa dele, ajuda muito. M: Ajuda como? S3: Tudo. Ah, a despreocupar da vida e... Parece que dá uma leveza na gente.	(1ª. idéia) Sim, a conversa do professor ajuda a dar leveza nas pessoas. R
S5: Eu concordo também com que elas falaram. Porque 1ª. idéia é uma coisa que só faz bem pra gente. Parece que a gente valoriza mais a vida.	(1ª. idéia) Sim, faz com que a gente valorize a vida. V
S4: Oh,... , esse negócio aí... ta ajudando a gente em tudo, tudo. A disposição é em tudo.	(1ª. idéia) Sim, o Grupo de Movimento aumenta a disposição. V
S6: 1ª. idéia Como ajuda, parece que a gente é mais moço.	(1ª. idéia) Sim, rejuvenesce. V

M: Dentro do grupo de movimento então existe esse trabalho de auto-valorização, de um valorizar o outro, de um ajudar o outro.

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
S2: 1ª. idéia Às vezes eu acho que uma mão no ombro é muito importante	(1ª. idéia) Sim, uma mão no ombro é muito importante. A
S6: 1ª. idéia Eu achei assim importante também, você sai e o pessoal fala: "você está naquele grupo?" Eu to. "Pelo amor de Deus arruma pra mim". Mas eu digo, não dá, já ta cheio. Mas meu Deus, arruma uma vaguinha, eu vou lá. Igual outro dia	(1ª. idéia) Sim, o grupo é reconhecido e valorizado pelos outros. A

<p>uma mulher chegou sentou lá, mas não tinha como, meu Deus! Você se lembra dona ...? Até o professor conversou com ela e falou que ano que vem.</p>	
<p>S6: Eu acho que sim, sabe porque, hem, ..., porque por exemplo, eu vejo assim, às terças-feiras 8:00 h. da manha, eu estou lá. 1ª. idéia O dia que eu não vou: " Oh, o que que houve?" Um telefonema, não sei lá ,... de qualquer maneira, ou brincalhona, ou de qualquer maneira eu faço falta. E eu para mim acho que é um valor, não deixa de ser, não é? Voce não acha?</p>	<p>(1ª. idéia) Sim, quando não estou presente o outro sente a minha falta. A</p>
<p>S8: 1ª. idéia Ta sendo uma coisa boa.</p>	<p>(1ª. idéia) Sim, O grupo está sendo uma coisa boa E</p>
<p>S7: 1ª. idéia Eu acho que a gente ta assim né, alegre, andando, pelo menos nossa turma</p>	<p>(1ª. idéia) Sim, a turma está alegre. E</p>
<p>S5: 1ª. idéia Às vezes alguém faz um comentário, ah eu estou com dor aqui, dor ali [...], ah faz a terapia que você melhora e tal e tal deve ser isso também. M: Então Dona..., quando alguém reclama de uma dor você recomenda... S1: Recomendo.</p>	<p>(1ª. idéia) Está satisfeita e recomenda E</p>
<p>S8: 1ª. idéia Por exemplo uma pessoa que tá assim com falta de ar, igual uma filha minha eu falo assim: Sílvia, respira um monte de vezes, o professor Carlos fala que é ótimo. Aí a Sílvia: sabe mãe que eu melhorei? Isso a gente aprende lá.</p>	<p>(1ª. idéia) aprendeu coisas novas e transmite o conhecimento. C</p>
<p>S2: 1ª. idéia Pra quem tem dor nas pernas, dor nos quadris, pra quem tem dor no braço, aí eu falo: faz assim, assim e assim.</p>	<p>(1ª. idéia) aprendeu coisas novas e transmite o conhecimento. C</p>
<p>S5: 1ª. idéia Outro dia eu fui ao médico e o doutor Manoel falou assim: "continua fazendo seus exercícios e sua caminhada, que estão fazendo muito bem. Ai eu falei assim, muito bem pode deixar que eu vou continuar, que é muito bom. M: E é o único exercício que a senhora faz? S. O do Carlos, mas eu caminho também. Eu caminho uma hora todo dia</p>	<p>(1ª. idéia) está fazendo bem e está satisfeita E</p>

M: Para encerrarmos este grupo, eu gostaria também que cada um, nesta rodada, falasse um pouquinho em termos mudanças pessoais. Se o grupo trouxe algum crescimento para vocês, se vocês se sentem diferentes como pessoas.

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p>S4: 1ª. idéia Eu acho que eu rejuvenesci, viu, uns cinco anos, eu acho, e puxa vida, eu me sinto outra, completamente. As vezes eu penso assim, meu Deus, será que eu tenho mesmo a idade que eu tenho, não está parecendo. Então, foi muito bom, como a ... falou, 2ª. idéia quando a gente falta, ficam perguntando o que aconteceu, Isto é importante para gente. Eu acho., né, sinal que lembraram, é isto aí.</p>	<p>(1ª) Sim, rejuvenesceu/se sente outra. V</p> <p>(2ª.) Sim, somos valorizados pelo grupo. A</p>
<p>S6: 1ª. idéia Acho, que a gente sente muita falta, Deus me livre, agora nas férias então, a gente vai sentir falta.</p>	<p>(1ª.) Sente falta F</p>
<p>S3: Eu também acho a mesma coisa, né. 1ª. idéia Parece que a gente aprendeu a viver, né. Igual a ...falou, não tem a idade, 2ª. idéia a gente não sente a idade que a gente tem, e 3ª. idéia a convivência ajuda muito. Amizade faz a gente viver assim com mais alegria, mais entusiasmo. Acho que é uma coisa muito boa. Apesar que agente participa da igreja também, sou legionária, agente participa do refletindo, tudo isto ajuda também.</p>	<p>(1ª.) Sim, parece que a gente aprendeu a viver. E</p> <p>(2ª.) Sim, não se sente a idade que se tem. V</p> <p>(3ª.) Sim, a convivência ajuda a viver com mais entusiasmo. A</p>
<p>S1: Eu acho que é bom em tudo. Ajuda a gente em tudo.</p>	<p>(1ª.) Sim, ajuda em tudo. E</p>

A3. 2- Tratamento da entrevista com o grupo focal nº 2

M: Hoje nós nos reunimos para estarmos conversando sobre a experiência de vocês em participarem dos grupos de movimento e como esta experiência afetou a vida de vocês e os relacionamentos com as outras pessoas. Eu gostaria que a gente comesçassem dizendo o nome e falasse primeiro porque entrou no grupo de movimento, tá bom?

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p>S9: (...)quando eu vim eu não sabia o que era o grupo, a Malo que ficou me convidando para vir, não é Maló? 1ª. Idéia Eu tinha sofrido um acidente, assim feio, perdi amigos então eu vim, 2ª. idéia foi bom, estou achando bom até hoje, os exercícios, as conversas, acho tudo muito bom.</p>	<p>(1ª. idéia) tinha perdido amigos em acidente DEP (2ª. idéia) foi bom para ela E</p>
<p>S10: 1ª. idéia Lá é maravilhoso né? É ótimo. M: E a senhora entrou no grupo porque? S: É uma verdadeira terapia. M: Como a senhora entrou, como soube do grupo. S: Dona Irene que falou pra mim, que tinha um grupinho fazendo terapia, se eu não queria entrar, que achava que era muito bom. Aí a senhora vai na Dona Irene que é coordenadora. Então eu telefonei pra ela, aí comecei a fazer, entrei no clube (clube da amizade), aí depois que eu comecei a fazer essa terapia, já tem três anos. 2ª. idéia Aí o Carlos caiu do céu, maravilhoso! Em todo os sentidos é bom.</p>	<p>(1ª.) É uma verdadeira terapia. E (2ª.) O Carlos é maravilhoso. B</p>
<p>S11: (...) eu freqüento o grupo da terceira idade, e lá eu passei a saber que o Carlos dava essas aulas de terapia emocional, aí 1ª. idéia eu fui e gostei muito e faz até falta de um período que eu passei sem ir devido ao horário, né do meu trabalho. Gostei muito, muito mesmo, é um relaxamento corporal mesmo pra nossa idade é gratificante.</p>	<p>(1ª.) Foi e gostou muito. E</p>
<p>S12: Eu fui lá porque eu sempre fazia exercícios, caminhada, aí andando, fazendo caminhada, eu fui pra fazer companhia a ela (esposa), e 1ª. idéia sabia também que era o Carlos que estava dando aula lá, eu fui pra lá pra fazer companhia a ela, mas infelizmente ela parou de ir lá por causa do horário de trabalho dela, mas eu continuei indo, 2ª. idéia não tava fazendo nada, não tava trabalhando eu gostei e estou gostando até hoje. Não força a gente, nem nada é um trabalho à vontade, então não é...</p>	<p>(1ª) Sabia que era o Carlos que dava o Grupo. B (3ª.) Não estava fazendo nada. O trabalho é a vontade e não força em nada. E</p>
<p>S13: Eu já freqüentava o grupo da terceira idade e eu tenho problemas de ossos, então eu 1ª. idéia fui no ortopedista e ele falou que eu tinha de fazer alongamento, fisioterapia e hidroginástica, e eu conversando lá com as colegas elas falaram: "aqui faz", aí eu parti pra lá, o alongamento já estou fazendo lá. 2ª. idéia Adorei a turma, 3ª. idéia o professor Carlos ainda, né? é uma pessoa excelente 4ª. idéia e os momentos que a gente passa lá, ninguém lembra de nada e</p>	<p>(1ª.) Tinha necessidade de fazer alongamentos devido ao problema de ossos. Z (2ª.) adorou a turma- A 3ª. idéia – O professor é uma ótima pessoa- B (4ª.) A gente se desliga</p>

graças a Deus, estou me dando bem, to muito satisfeita.	durante o grupo. C
<p>S14:.. Eu tenho, acho, mais de três anos que eu to freqüentando o grupo de idosos, só que eu sou novata lá (grupo de movimento), aí, eu tava um dia conversando com a Irene, porque a Irene é a minha comadre, madrinha do meu menino mais novo, e um problema de família lá que eu tava passando, aí ela falou: “ah minha filha, porque você não entra lá é tão gostoso vai “. Aí eu fiquei meia e eu não fui . Outro dia eu encontrei com ela e ela perguntou. [...].1ª. idéia To arrependida de não ter começado antes. Se eu soubesse que era tão bom assim teria começado antes, mas, eu não sabia né, e aquelas horas que a gente passa lá é muito bem aproveitadas.2ª. idéia É muito bom mesmo! Quando eu entrei lá parece que a minha cabeça estava tava coisa. Nossa vida, parece que os problemas saem da gente, né? Coisa muito boa mesmo, pena que é pouco, precisava mais.</p>	<p>(1ª.)acha bom e está aproveitando E</p> <p>(2ª.) Foi bom para esvaziar a cabeça. C</p>
<p>S15: (...) fui convidada para ir um monte de vez, e resolvi ir, 1ª. idéia: fui, gostei, e gosto de lá. Estando lá a gente está no meio de uma turma, é gostoso, divertido e 2ª. idéia é muito bom mesmo para gente, para os ossos. Depois que eu comecei a ir lá não tomo mais remédio para dor de cabeça, um exercício que ele ensinou a fazer nunca mais esqueci disso, eu faço e não tomo remédio para dor de cabeça, graças a Deus.</p>	<p>(1ª.) A interação com o grupo é bom e divertido A</p> <p>(2ª.) melhorou as dores de cabeça e foi bom para os ossos. Z</p>
<p>S16: Eu entrei esse ano, eu sou novata. E eu comecei a freqüentar, eu trabalhava, eu fazia hidroginástica lá na Aquática, E tava lá com o Carlos fazendo esses mesmos exercícios de trabalho corporal. Aí ,depois eu fiquei doente e o Carlos parou de dar este trabalho lá na Aquática. Aí eu descobri que ele tava dando o trabalho aqui na terceira idade. Aí, ele abriu mão pra mim e estou até hoje. 1ª. idéia Eu tenho muito problema de depressão e quando eu comecei a freqüentar o grupo eu aprendi muito a respirar, e esses trabalhos dele tem me ajudado bastante. Eu sinto muito bem fazendo esse trabalho com ele.</p>	<p>(1ª) Os trabalhos tem ajudado na depressão. DEP</p>
<p>S17:1ª. idéia Eu entrei no grupo porque eu estava muito depressiva, estava com depressão, problemas de família, mas eu não estava na terceira idade(grupo da 3ª. idade), ... aí, me convidaram pra ir, !ª. idéia eu fui e gostei né. aí comecei, achei que melhorei muito com o ambiente, o pessoal, tudo. 2ª. idéia sabe porque a gente fica assim né, fica muito entre os colegas assim, então eu achei que melhorei muito, com o Carlos também, indo lá eu achei que pra mim 3ª. idéiafoi muito bom, porque eu tenho problema de osso também eu melhorei muito do problema de coluna, também foi ótimo.</p>	<p>(1ª.) Entrou porque estava com depressão. DEP</p> <p>(2ª.)melhorou com a convivencia A.</p> <p>(4ª.) Melhorou muito os problemas de ossos e coluna Z</p>
<p>M: Agora eu gostaria que vocês falassem um pouquinho, sobre as questões que vocês acham importante no grupo de movimento. Falasse se houve alguma mudança que vocês tenham percebido no corpo ou no</p>	
EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS

<p>S17: 1ª. idéia Pra mim acho que foi bom, porque eu tinha dor na perna. Eu tenho artrose na coluna cervical e sinto muita dor na coluna. Eu sentia muita dor no pescoço e com os exercícios que a gente faz, com o alongamento, e eu acho que me ajudou muito porque eu não sinto mais dor no pescoço, desde que eu comecei, começou a melhorar e eu não sinto mais a dor no pescoço. Eu acho bom. Como elas estavam falando ali, quando a gente tá deprimida, eu acho muito bom. (2ª idéia) Muitas vezes eu vinha pra cá deprimida. Eu perdi uma irmã, então às vezes eu vinha pra cá assim, abafada né,? Aquela coisa horrível,! Saía melhor. Aí, eu fui percebendo como é bom, tanto para o corpo quanto para o espírito, eu acho pra mente, pra tudo né?</p>	<p>(1ª) Sim, o grupo trouxe benefícios para o corpo. Z</p> <p>(2ª) Melhorou a depressão DEP.</p>
<p>S13: 1ª. idéia É tão bom os exercícios que a gente faz, que depois que eu parei eu sinto muita dor nos meus ossos, nas minhas pernas., principalmente no tronco. Durante o período que eu estava lá (Grupo de movimento) eu não senti nada.</p> <p>M: A senhora já fazia outros exercícios antes?</p> <p>S: Fazia hidroginástica.</p> <p>M: E qual a diferença? A senhora notou alguma diferença?</p> <p>S: Ah, a hidroginástica é uma ginástica mais dentro da água né, e lá 2ª. idéia é um exercício emocional, mexe muito com a emoção da gente e isso é muito bom, a gente sai de lá com outra cabeça, às vezes a gente vai pra lá deprimida, principalmente no período que houve aquele atentado nos Estados Unidos, que eu fiquei muito deprimida, muito chocada com aquilo tudo ,eu via aquilo dia e noite, então na terça feira que 3ª idéia eu ia pra lá eu chorava, eu... me abria, nem todos gostam que se abra com ele, os problemas, que você vai levar problemas pros outros. La no Carlos é diferente, lá a gente pode se abrir. Eu saía de lá bem aliviada, coração aberto, cabeça leve, eu sentia necessidade no final de semana de chegar na terça-feira pra eu retornar..</p> <p>. S: Não falando também, que eu me esqueci, que teve uma época em que eu tomava bastante remédio pra dormir, tranquilizante, levava remédio até pra escola, pra poder ficar assim mais tranqüila pra trabalhar. 4ª. idéia Eu entrei lá e abandonei os meus remédios, graças a Deus. Eu tomava Lexotam 6, hoje eu não tomo nada, durmo, mas eu durmo muito.</p>	<p>(1ª) Sim, os exercícios melhoram as dores nos ossos. Z</p> <p>(2ª) Sim, é um exercício emocional que melhora a cabeça e a depressão. DEP</p> <p>(3ª) Sim, lá a gente pode se abrir, sai aliviada, coração aberto e cabeça leve. C13</p> <p>(4ª) Sim, dorme sem a necessidade de. Remédios S</p>
<p>S10: 1ª. idéia A sorte que tivemos de ter o Carlos, esse terapeuta nosso é maravilhoso! pra dor muscular, 2ª. idéia pra depressão, pra tudo, a gente sai de lá tranqüila né, leve, outra pessoa, 4ª idéia dá estímulo né, parece, pra viver, é maravilhoso [...]</p>	<p>(1ª.)Sim, temos um terapeuta maravilhoso. B</p> <p>(2ª.) Sim, é bom tanto para o corpo. Z</p> <p>(3ª.)é bom para depressão DEP</p> <p>(4ª.) melhora a vitalidade V</p>
<p>S9: 1ª. idéia Outro dia eu fazendo exercício, aí eu não sei como ele me levou a lembrar de uma árvore de quando eu tinha sete anos, que eu subia naquela árvore. Aí pronto, eu me lembrei daquela árvore, me vi sentada lá em cima de um galho e eu havia perdido minha mãe e aí eu ficava olhando para estrada e parece que eu via minha mãe vindo, voltando pra casa. Quando</p>	<p>(1ª.) Sim, alguns exercícios trazem lembranças e fazem a gente desabafar. E</p>

<p>eu vi eu estava em prantos ali com Carlos. Ah! Carlos, é uma mangueira que eu lembrei, de quando que eu subia nela quando eu era criança. Ele leva a gente assim, desabafar...</p> <p>M: E essa lembrança trouxe algum benefício pra senhora?</p> <p>S: 1ª. idéia Eu acho que foi bom. Depois, assim, eu nem fiquei triste! Depois, sei lá, fiquei mais leve.</p>	
<p>S14: 1ª. idéia A gente adora os exercícios que ele passa, mas as palestras (fala sobre os exercícios) dele também... são maravilhosas...a gente se sente outra pessoa. Vai pesado e volta leve</p> <p>M: A senhora, particularmente ,com essa sensação de melhora, destaca algum ponto importante? Melhora de quê?</p> <p>S: Sim. 1ª. idéia De tudo, do estado da gente, de saúde, dos ossos. Do emocional. Eu acho né, excelente.</p> <p>M: A senhora sentiu alguma coisa que melhorou</p> <p>S: 1ª. idéia Não sarei de todo, mas melhorou. assim como minha irmã falou que ela tem artrose, eu também. Dói muito o pescoço à noite, mas melhorou muito mesmo. Não sarou de tudo porque a gente é um pouco desmazelada. Faz lá (os exercícios), mas chega em casa, a gente se entrega ao serviço e larga um pouco os exercícios de lado, mas melhorou bem mesmo.</p>	<p>1ª. Sim, melhora o estado físico e emocional.E</p> <p>(2ª) melhora nas dores. Z</p>
<p>S15: 1ª. idéia Depois que eu comecei a ir lá, pros ossos que eu achei que melhorei bem, eu tenho problema de joelho, artrose, essas coisas tudo. 2ª. idéia Mas eu acho que eu aprendi muita coisa, a enfrentar as dificuldades, problemas com a família a gente tem, né? A gente sabe mais a enfrentar essas coisa, levando essas coisas a sério, guardando tudo pra gente, que não adianta. Hoje você tem um problema, amanhã a gente tem outro, não adianta ficar só curtindo aquilo. Eu aprendi com ele (Carlos) muita coisa boa. Eu acho que depois que eu comecei a freqüentar lá, eu estou vivendo mais. E é uma pena que é pouco, pelo menos umas duas vezes (semana). Muito bom.</p>	<p>(1ª) Sim, melhora os problemas dos ossos.Z</p> <p>(2ª.) Sim, aprende-se a enfrentar os problemas. C</p>

M.: Essas melhoras que vocês estão dizendo elas podem ter influenciado outras situações da vida de vocês? Alguma coisa que vocês faziam de um jeito e estão fazendo diferente,? Como a senhora falou, nas atividades diárias, os afazeres dentro de casa, os compromissos, as caminhadas? Vocês têm sentido algum tipo de diferença, de alteração no cotidiano de vocês?

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p>S12: 1ª. idéia Eu acho, que o relacionamento da gente com as pessoas...</p> <p>M: Só no grupo ou fora do grupo?</p> <p>S: Fora do grupo também, a gente fica mais sei lá , tem mais facilidade mais...</p>	<p>(1ª.) Melhorou o relacionamento com as pessoas. MC</p>
<p>S16: Às vezes porque a gente é muito fechada, fica muito sozinha, não gosta muito de se abrir com as pessoas, contar os fatos, guarda pra si.. Não tem isso? 1ª. idéia Eu sou muito fechada, não gosto muito de ficar assim lamentando, reclamando e às vezes tem momentos que a gente tem que por os sentimentos pra fora, não é? Pra gente se sentir melhor. Às vezes a gente tem vontade de por pra fora, mas a gente fica guardando e isso faz mal pra gente, depois não [...] Até falaram para mim: " Você tá ficando malcriada" Não está porque você tem que por pra fora mesmo, sim é sim, não é não. Não adianta reclamar não. Ele ensinou a gente que a gente tem que falar sim.. não...e vamos para frente.</p>	<p>(1ª.) Tem expressado seus sentimentos. MC</p>
<p>S17: 1ª. idéia Muda muito os relacionamentos da gente, né?</p> <p>M: Quais relacionamentos?</p> <p>S: Com a família, né?</p> <p>M: Na família da senhora como foi?</p> <p>S: 2ª. idéia Ah, teve melhoras em tudo, no trabalho, né, bem melhor!</p>	<p>(1ª) mudança no relacionamento familiar. C</p> <p>(2ª.) melhorou no trabalho. F</p>
<p>S18: eu também, acho que :1ª. idéia eu aprendi a aceitar assim os problemas, primeiro eu pensava que era só eu que tinha, ficava assim pensando, mas agora a gente entende que não é só a gente que tem. A gente tem que aprender que não é só a gente, que tem que levar aquilo, e eu aprendi muita coisa boa, nossa Senhora, muito bom mesmo.</p>	<p>(1ª.) mudou a forma de lidar com os problemas. MC</p>
<p>S15: 1ª. idéia Não, eu aprendi sabe o que? A ajudar a pessoa com o problema mas não levar o problema da pessoa pra mim, sabe, o problema é dele e eu vou ajudar na medida do possível, mas o problema não é meu, é dele né, é da família dele. O problema é da família? É dele? É dele. 1ª idéia Vou tentar ajudar, mas não é que eu vou pegar o problema pra mim. Eu já sofri muito com isso sabia? E hoje eu já não soffro mais. Eu já sei assimilar: o meu problema é meu, o dela é dela, o dele é dele, eu tenho assim mais ou menos resolvido na minha vida assim. Até então eu sofria muito com isso, porque eu tentava resolver uma coisa que eu não podia resolver. Não estava na minha alçada.</p> <p>M: Como a senhora chegou a entender isso?</p> <p>S: Com uma conversa do Carlos, um dia ele comentando lá com a gente ele citou isso e eu comecei a analisar e pensei: realmente ele tem razão, o problema não é meu, é dela, é dele né, eu vou tentar ajudar, mas na medida que a pessoa aceita</p>	<p>(1ª) mudou a forma de lidar com os problemas. MC</p>

<p>você ajudar, na medida que ele não aceita você tem que ajudar ele a resolver, isso foi muito bom, e 2ª. idéia outra coisa que eu aprendi muito com o Carlos foi o problema da respiração, hoje se eu não consigo dormir eu faço o trabalho de respiração e durmo rapidinho.</p>	<p>(2ª.) O trabalho de respiração aprendido no grupo facilitou o sono. S</p>
<p>S 10: 1ª. idéia Eu aprendi a viver, eu carregava tudo que tinha, tudo da família, tudo nas costas. ...Com as instruções do Carlos eu melhorei muito. Porque você sabe que os problemas do ...não é mole, não. Eu, graças a Deus, melhorei muito.</p>	<p>(1ª.) mudou a forma de lidar com os problemas. MC</p>
<p>S12: Bem, a gente vai lá tem intimidade com todos, com a turma, encontra, encontra na rua, sabe se tratar uns aos outros, (...). Tudo tranquilo, me sinto bem. 2ª. idéia A única coisa que eu tenho para reclamar dele, dos exercícios que não faz bem para mim, é o problema do meu joelho que não tem jeito mesmo. Meu joelho é mesmo teimoso, mesmo. Já foi tirado o menisco, mas isto não pode consertar.</p>	<p>(1ªidéia) Socialização entre os membros do grupo – A (2ª. idéia) Tem exercícios que não fazem bem. N</p>

M: A família de vocês percebe alguma mudança ou faz algum comentário do grupo de movimento?

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p>S18: 1ª. idéia Eu foi a minha filha, ela notou. ..Porque a gente não muda as pessoas. A gente tem que aceitar as pessoas como elas são, principalmente família. Então você se em determinado momento vai querer mudar a cabeça daquela pessoa? Se você aceita, desde que não te prejudica, se aquilo não está te prejudicando, você aceita do jeito que a pessoa é. Minha filha disse assim.: 2ª. idéia “Mãe, depois que você entrou no Carlos você ficou é desnaturada! [risos] Porque a senhora não liga mais para as coisas, fica só querendo sair, passear, deixar nós aqui mãe! 3ª. idéia Graças a Deus! Sabe, abriu mais a minha mente, o meu coração, tudo. Apesar de que a gente sempre tem problema, mas para mim foi uma maravilha, porque eu não tenho mais depressão, eu dormia, o dia inteiro, eu lembro do que o Carlos falou, eu penso, não posso ficar desanimada, pego alguma coisa para fazer... Mas tem determinadas coisas, 1ª. idéia igual outro dia mesmo meu marido queria resolver um problema dentro de casa e eu disse assim: deixa eu fora benzinho. Então assim, coisas que vão me atingir, isto eu aprendi lá, eu deixo eles resolver lá. Para mim não sofrer, não é assim? É isto aí, é uma maravilha, e eles estão notando.</p> <p>1ª. idéia Não dá pra levar a vida da gente como a gente quer, é como ela é! E a gente fica aí pensando que o outro tem que melhorar, que a gente que faz isto ou aquilo, mas ele não quer, não adianta. Aí, quem fica se maltratando é a gente. E eles ficam bem numa boa. Não é isto?</p>	<p>(1ª.)melhorou a aceitação dos outros MC (2ª idéia) sim, está dando mais atenção a si propria. AE/MC (3ª. idéia) melhora no humor DEP</p>
<p>S15: Ah, tudo que estão falando aí é verdade mesmo.1ª. idéia Eu me sinto muito bem! Eu depois que comecei lá eu saio mais de casa. Meu marido: “Já vai sair de novo” eu falo “ vou”. Ele também não para em casa! “Você também não para em casa, deixa eu sair! To indo</p>	<p>(1ª. idéia) Sai mais de casa. MC</p>
<p>S10: – 1ª. idéia Eu falei que o que vai me separar do grupo é só a morte.</p>	<p>(1ª. idéia) só a morte a separa do grupo E</p>
<p>S 12: 1ª. Idéia Eu sinto falta. Quando chega o dia de ir eu falo: tenho que ir lá hoje. A gente acostuma com os exercícios, é a obrigação daquele dia.</p>	<p>(1ª. Idéia) sinto falta o grupo. E</p>
<p>S 9:, (1ª. Idéia) a gente às vezes comemora aniversário, mas dentro do horário. Uns dez minutinhos no final. O aniversariante trás um bolo, refrigerante. Agora (época de natal) fizemos café da manhã.</p>	<p>(1ª. Idéia)- comemora-se aniversários A</p>
<p>S13 1ª. Idéia Igual a hoje, né. Nós estamos todos juntados aqui. Se não tivesse isto eu mesma estava lavando banheiro, limpando terreiro, inventando serviço. Tem vezes que a gente inventa. Inventar fazer bolo para comer e engordar, ou se não liga a televisão. Agora tem este negócio aqui nos largamos tudo para lá. No dia da atividade, hoje é meu dia, a gente larga para lá muitas coisas, não é verdade?</p>	<p>(1ª. Idéia)– considera o grupo uma atividade valorosa E</p>

M: Uma questão que a gente podia estar discutindo também é se de certa forma o grupo de movimento tem influenciado no jeito de vocês serem?

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
<p>S17 1ª. idéia <i>Eu acho, você vai chegando certa idade você fica prevendo o que? Ah, eu acho que não vou durar muito tempo mais eu estou muito doente, minha mente era assim. Hoje não, hoje eu vejo diferente, hoje eu vejo assim eu tenho que aproveitar todos os momentos da minha vida, é uma vida que eu tenho, né. E eu tenho que aproveitar esta vida que eu tenho. Eu não sou muito de sair, não. Mas eu aproveito assim fazendo um trabalho manual, vendo uma televisão, mas vejo coisas que me instruem, não coisas que vão me destruir, por exemplo, aquele jornal que só tem coisa triste não gosto. Gosto de ver um debate, uma palestra, um trabalho manual, isto é que eu gosto na televisão, às vezes um médico falando sobre um problema de saúde, eu vejo muito a rede mulher. No horário de meio dia sempre tem um médico falando sobre um sintoma, então você está aprendendo, né. É isto que eu vejo para um futuro meu. A minha filha não é médica não, mas diz “ a senhora só procura coisa de doença” mas não é coisa de doença, é saber o que a doença causa e o que eu posso evitar para não ter doença. Então é isto aí que eu vejo, eu uso a televisão neste meio aí. Prevendo mais o futuro.</i></p>	<p>(1ª. Idéia) reconhece o valor da vida - V</p>
<p>S 9: 1ª. Idéia <i>Mas lá no trabalho com o Carlos o que eu vejo é a qualidade de vida, porque a gente sente melhora. Se não tivesse aquilo tenho certeza que a gente não estaria tão bem. Eu também faço hidroginástica também.</i> M: E a senhora vê diferença na ajuda que a hidroginástica dá e o grupo de movimento dá? S: 2ª. Idéia <i>Eu acho que aqui (GM) é mais corporal também, mas aqui ajuda muito a mente. Para mim melhora mais a mente. Se bem que às vezes a gente fica pensando que é a hidroginástica que melhorou o corpo, né? [risos]Porque uma coisa tem ligação com a outra, né? Mas eu acho que a mente melhora um pouco da cabeça.</i></p>	<p>(1ª. Idéia) o trabalho de G.M. melhora a qualidade de vida S (2ª. idéia) o trabalho é bom para a mente. B</p>
<p>S15: as palestras, 1ª. idéia <i>o jeito que ele fala, a mente da gente melhora muito. A gente aprende.</i></p>	<p>(1ª. Idéia) a gente aprende com o que ele fala. CP</p>
<p>S 16:1ª. idéia <i>Daqui para frente tudo que a gente puder aproveitar é tudo de proveito. O que a gente não aproveitou para trás tem que aproveitar agora para frente. Eu acho.</i></p>	<p>1ª. Idéia – precisamos aproveitar a vida V</p>

M: Eu gostaria de saber se vocês tem mais alguma coisa para falar. Alguma coisa que nós não abordamos de repente aqui... para encerrarmos a nossa discussão por

hoje. as dificuldades, aquilo que vocês têm dificuldades ou o que mais incomoda...

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
S 11: : Acho que a gente já falou o que tinha de falar ou senti aqui. 1ª. idéia Agradecer a Deus por ter recebido este tratamento para gente. Por exemplo, o nosso grupo não tem dificuldade nenhuma, porque 2ª. Ideia a gente trata a todos como irmão , lá é uma irmandade só, tem o preto, tem o branco, tem o casado, tem o solteiro, a gente trata tudo igual.	1ª. Idéia – agradece a deus pelo trabalho – E 2ª. Idéia – Lá e uma irmandade - A

S. Queremos agradecer a boa vontade da ... de estar aqui com a gente

M: Quem tem que agradecer sou eu, agradecer a participação de todos aqui. Acho que a colaboração de vocês foi muito importante, porque temos uma visão do grupo de movimento, mas quem faz uso dele tem uma outra perspectiva. Só estes é que podem dizer dos benefícios que o grupo de movimento trás. A experiência de vocês nos ajuda a entender melhor. Porque uma das nossas questões é a seguinte: será que é o grupo de movimento ou qualquer grupo poderia fazer a mesma coisa

EXPRESSÕES CHAVES	IDÉIAS CENTRAIS
S9: 1ª. idéia Acho que desde que haja um aglomeramento de pessoas, um grupo, acho que ele tem vantagens, não é? Encontro, troca de conversas, opiniões, tudo é válido. Mas aqui alem deste ponto, o Carlos também conversa com a gente.	1ª. Idéia A conversa do professor é boa B
S14: 1ª. Idéia O conhecimento dele na matéria, né. (coordenador)	1ª. Idéia – O profesor e possui conhecimento da matéria. B
S 9: : 1ª. Idéia Tem também os exercícios, que são muito bom.	1ª. Idéia – Os exercícios são bons- E
S 17 1ª. Idéia No grupo a gente volta a ser criança. M: O que da criança que vocês vivem no grupo? S: Volta a ser criança de novo.	(1ª. Idéia): volta a ser criança - V
S18: 1ª. Idéia Se fosse um, dois só não seria tão completo como todos juntos.	(1ª. Idéia) todos juntos é mais completo
S11: 1ª. Idéia Se a gente fizer na rua o que a gente faz lá vão chamar a gente de retardada. Lá não, lá você faz careta, lá você ri, você chora, lá você dança, você tem liberdade para fazer tudo isto.: A verdade é que nem na casa da gente não tem aquela liberdade. Outro dia eu estava fazendo careta dentro de casa, meu neto falou; "vovó" está ficando doida.	(1ª. Idéia) Sensação de liberdade e expontaneidade no GM - A