

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

**PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL NA 3ª IDADE
ENTRE PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE ATIVIDADE
FÍSICA**

ILDERLÂNDIA ARRUDA DE SOUSA GALDINO

**JOÃO PESSOA – PB
2008**

ILDERLÂNDIA ARRUDA DE SOUSA GALDINO

**PERCEPÇÃO DA IMAGEM CORPORAL NA 3ª IDADE
ENTRE PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA**

Monografia apresentada ao Curso de Educação Física do Centro da Saúde da Universidade Federal da Paraíba-UFPB, como exigência parcial para a obtenção do grau licenciado em Educação Física.

Orientador: Prof. Ms. Luciano Klostermann Antunes de Sousa

**JOÃO PESSOA - PB
2008**

ILDERLÂNDIA ARRUDA DE SOUSA GALDINO

**IMAGEM E PERCEPÇÃO CORPORAL NA 3ª IDADE ENTRE PRATICANTES E
NÃO PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA**

Monografia apresentada ao Curso de Educação Física do Centro da Saúde da Universidade Federal da Paraíba-UEPB, como exigência parcial para a obtenção do grau licenciado em Educação Física.

Aprovada em: _____/_____/_____

Banca Examinadora

**Orientador: Prof. Ms. Luciano Klostermann Antunes de Sousa
UEPB/CCS/DEF**

**Professora convidada: Ms. Sandra Barbosa da Costa
UEPB/CCS/DEF**

**Professor Convidado: Ms. Valter Azevedo Pereira
UEPB/CCS/DEF**

**JOÃO PESSOA - PB
2008**

Primeiramente a Deus pelo dom da vida, a minha família que sempre esteve presente em todos os momentos e aos meus amigos, sempre prontos para compartilhar experiências, resultando em um crescimento profissional e humano a cada dia, dedico.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram nesta fase tão importante da minha vida. A minha mãe, pessoa excepcional digna de milhares de agradecimentos, devido ao grande e fundamental apoio que sempre que preciso tenho. Agradeço a meu pai e a minha irmã pelo apoio psicológico essencial nesta fase, repleta de cobranças e expectativas de resultados positivos. Em especial ao meu noivo, pessoa que como a minha mãe sempre me apoiou e confiou que meus resultados seriam os melhores possíveis, me apoiando e incentivando a sempre crescer mais.

Não posso esquecer as pessoas que me ajudaram a crescer profissionalmente, as funcionárias da coordenação do curso de Educação Física, os professores que passaram seus conhecimentos com dedicação, a professora Sandra Barbosa que me incentivou a realizar este trabalho indicando o professor Luciano Klostermann o qual me orientou ajudando a subir mais um degrau neste início de caminho. E em especial a professora Dilma Brasileiro que abriu as portas para o meu ingresso no trabalho com os idosos, público tão especial em minha vida. Esta professora me ensinou muitas das coisas que sei hoje, espero poder continuar seguindo os passos que me ensinou a crescer cada vez mais.

Agradeço demais aos meus colegas de curso, pois eles foram os responsáveis por esta vitória, já que se a turma não fosse tão unida e divertida eu estaria hoje me formando em nutrição, curso que ao meu ver não me agradaria e/ou traria tantas conquistas como o curso de Educação Física me trouxe. Agradeço também ao Professor Rodrigo da CNEC, que me ajudou a produzir este trabalho me auxiliando com livros e pesquisas.

Enfim, agradeço principalmente a Deus que me deu a vida e a oportunidade de estar me realizando profissionalmente.

A juventude é a época de se estudar a sabedoria; a velhice é a época de praticá-la.

Jean Jacques Rousseau

RESUMO

Em virtude do evidente aumento da população idosa mundial, tornou-se preocupação de várias áreas do conhecimento, entre elas a Educação Física, identificar as condições que permitem envelhecer com qualidade. Tivemos como base, um referencial teórico que discute a velhice e a imagem corporal. O objetivo deste estudo é reconhecer e descrever como as idosas praticantes e não-praticantes de atividades físicas percebem a sua imagem corporal. Para uma melhor compreensão da imagem corporal dos idosos, definimos como amostra para este estudo 50 idosas, definindo como critério ter idade igual ou superior a 60 anos. Formamos dois grupos, sendo 25 praticantes de atividades físicas e 25 não-praticantes, residentes na cidade de João Pessoa - Paraíba. Assim desenvolvemos a pesquisa com aplicação três instrumentos para a coleta dos dados. O primeiro utilizado foi uma entrevista onde se verificou os dados sociais, o segundo foi o SMT (Silhouette Matching Task) ou Teste para avaliação da percepção da Imagem Corporal (Marsh e Roche, 1996) e o terceiro a Escala de Medida da Imagem Corporal (Souto, 1999), que media a Imagem Corporal das idosas em questão. Alguns dados da pesquisa mostram que as atividades físicas podem ser uma importante aliada, mas não única maneira para que as idosas tenham uma melhor compreensão de suas individualidades fisiológicas, psicológicas e sociais, o que deverá se configurar em uma melhor percepção da imagem corporal. Este estudo mostrou ainda que o convívio social e familiar para estas idosas é de extrema importância para a elevação da sua alta auto-estima, refletindo assim na sua percepção corporal e qualidade de vida. Concluímos assim, que a percepção da imagem corporal do grupo estudado é consequência de fatores externos e internos, onde a atividade física e o psicossocial são fundamentais, não havendo assim dados distintos entre praticantes e não-praticantes de atividade física.

Palavras chaves: Imagem corporal, Idosos e Atividade Física.

ABSTRACT

By virtue of the evident increase of the world senior population, it became concern of several areas of the knowledge, among them the Physical Education, to identify the conditions that allow to age with quality. We had as base, a theoretical referential that discusses the age and the body image. The objective of this study is to recognize and to describe as the senior apprentices and no-apprentices of physical activities notice its body image. For a better understanding of the seniors' body image, we defined as sample for this senior study 50, defining as approach to have the same or superior age to 60 years. We formed two groups, being 25 apprentices of physical activities and 25 no-apprentices, residents in the city of João Pessoa - Paraíba. We developed this research with application three instruments for the collection of the data. The first used it was an interview where it was verified the social data, the second it was SMT (Silhouette Matching Task) or Test for evaluation of the perception of the Body Image (Marsh and Roche, 1996) and the third the Scale of Measure of the Body Image (Souto, 1999), that measured the seniors' Corporal Image in subject. Some data of the research show that the physical activities can be an important allied, but not only way so that the seniors have a better understanding of its physiologic, psychological and social individualities, what should be configured in a better perception of the body image. This study showed although the social and family conviviality for these senior ones is of extreme importance for the elevation of its high self-esteem, contemplating like this in its body perception and life quality. We concluded like this, that the perception of the body image of the studied group is consequence of external and internal factors, where the physical activity and the psychosocial are fundamental, not having given like this different between apprentices and no-apprentices of physical activity.

Key words: Body image, Elder and Physical Activity.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A: Modelo de Entrevista	81
ANEXO B: Teste para avaliação da Imagem Corporal	84
ANEXO C: Escala de Medida da Imagem Corporal	86
ANEXO D: Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa	89

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição de Idade e IMC	56
TABELA 2: Como os outros avaliam a aparência física das idosas na visão das mesmas.	61
TABELA 3: Capacidades Funcionais das idosas	63
TABELA 4: Como as idosas gostariam de ser fisicamente.	64
TABELA 5: Dados Psicossociais.	68

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3. REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 Introdução às definições de Imagem Corporal	16
3.1.1 A complexidade do corpo envelhecido	16
3.1.2 A dinâmica das imagens	20
3.2 Imagem corporal	24
3.2.1 Definições de Imagem Corporal	26
3.2.2 O modelo de imagem corporal de Bob Price	30
3.2.3 Imagem Corporal e velhice	33
3.3 Atividade Física	39
3.3.1 Atividade física e saúde	40
3.3.2 Atividade Física, Aptidão Física e Envelhecimento	42
3.3.3 Os benefícios da atividade física no processo de envelhecimento	44
3.3.4 A importância da auto-estima e seus benefícios	47
3.3.5 A auto-estima, atividade física e o envelhecimento	48
4. METODOLOGIA	53
4.1 Caracterização da Pesquisa	53
4.2 População e amostra	53
4.3 Instrumentos para Coleta de Dados	53
4.4 Procedimentos para Coleta de Dados	55
4.5 Tratamento e análise dos dados	55

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	56
5.1 CATEGORIA: A percepção de si	56
5.2 CATEGORIA: Como o outro tem me percebido...	60
5.3 CATEGORIA: Fatores que determinam a visão da Percepção Corporal das Idosas	63
5.4 CATEGORIA: Características Psicossociais	67
6. CONCLUSÕES	70
7. SUGESTÕES DE PESQUISAS	72
8. REFERÊNCIAS	73

1. INTRODUÇÃO

Falar sobre velhice em um país que ostenta o ideário de ser uma nação jovem não é algo fácil. Vivemos em uma sociedade que consome a força, a beleza e a vitalidade e tende, portanto, a olhar a velhice com certo descaso, pois ela seria a negação de uma ideologia dominante (COSTA apud BALESTRA, 2002). O que se pode dizer é que este assunto foi durante algum tempo um ‘tabu’, na medida em que falar de velhice e/ou corpos envelhecidos incomodava imensamente a esta sociedade globalizada que tem como base à produção e o acúmulo de bens materiais. Com relação ao segmento idoso, apenas em critérios cronológicos reducionistas e estigmatizantes, nos impõe, de maneira preconceituosa, a rejeição tanto do processo de envelhecimento como dos corpos envelhecidos não mais ‘consumidores’, acarretando no desaparecimento dos mesmos para o mundo do trabalho.

O interesse pela velhice, nas últimas décadas, necessariamente passou pela compreensão de alguns aspectos relacionados à dimensão demográfica desse segmento etário. Desde a década de 1960 a maioria das pessoas idosas vive em países em desenvolvimento, e no Brasil, o grupo com 60 anos e/ou mais é o que proporcionalmente mais cresce na população desde 1940 (RAMOS e col. apud SILVA, 1999) como resultado de grandes avanços tecnológicos e conseqüente declínio nas taxas de mortalidade e fecundidade (KALACHE e col. apud SILVA, 1999). O Brasil, tido até bem pouco tempo como um país de jovens, vê a modificação da pirâmide etária com um crescimento de 70% na população idosa definida aqui segundo critérios da OMS como a população de 60 anos ou mais, contra 12 % no crescimento na população com menos de 20 anos no período de 1980 a 1999, conforme dados da FIBGE. As projeções indicam que num período de 70 anos (1950 a 2020) enquanto

a população brasileira estará crescendo cinco vezes, o grupo de idosos estará aumentando 16 vezes (VERAS, 2001).

No caso brasileiro, o rápido envelhecimento populacional tem conseqüências tanto para o grupo em si como para a sociedade como um todo, pois ao mesmo tempo em que estas pessoas necessitam de maior atenção dos serviços de assistência social e de saúde, o país ainda apresenta uma população jovem bastante numerosa e com problemas médicos, sociais, educacionais e econômicos também prioritários (VERAS e col., 1987). Este e outros fatores, como o custo mais elevado da assistência à saúde e o baixo valor médio das aposentadorias nesta faixa etária fazem com que os problemas aumentem ainda mais.

Enfim, nas áreas de saúde do idoso a situação é precária e pode ser observada tanto pelo quadro epidemiológico como pela ausência de programas voltados para este grupo populacional. Neste contexto, de abandono e dificuldades, uma das áreas que poderia ser mais bem explorada pelos profissionais vinculados a Gerontologia é a de ações de educação em saúde com ênfase na autopercepção e na autoproteção, conscientizando os idosos para a necessidade de cuidado com os corpos e, conseqüentemente, com sua imagem corporal.

Para isso é essencial entender como a pessoa percebe, objetiva e subjetivamente, as mudanças corporais surgidas ao longo dos anos, pois o seu comportamento é condicionado por esta percepção e pela importância dada a ela.

Estudos sobre autopercepção da imagem corporal mostram que ela está relacionada com alguns fatores, tais como: (1) anatômicos, como a percepção do formato e da aparência de nossa face; (2) funcionais, como a capacidade de gerenciar a própria vida; (3) subjetivos, como o nível de adaptabilidade às mudanças que ocorrem no corpo durante o processo de desenvolvimento humano; e (4) fatores como classe social, idade, renda, gênero e valores sociais, como os motivos pelos quais as pessoas de um determinado grupo tendem a valorizar certas áreas ou funções corporais.

A temática deste estudo foi desenvolvida a partir desta perspectiva e com base em um referencial que possa contribuir para que os idosos tenham um melhor conhecimento de seus corpos. As reflexões propostas por autores, tais como Damásio (1996; 2000), Schilder (1980; 1994; 1999), Price (1990), entre outros, abrem novas possibilidades de atuação para os profissionais de Educação Física voltados a Gerontologia e, mais especificamente, para trabalhos de facilitação de mudanças na imagem corporal. Neste sentido, o objetivo desta pesquisa foi reconhecer e descrever como idosos praticantes e não praticantes de atividade física sentem e vêem a sua imagem corporal, se justificando pela necessidade de se obter maiores informações sobre aspectos que promovam uma melhor qualidade de vida para esta população que esta cada vez maior e necessitada, possibilitando assim um maior campo de estudo para os profissionais da área de Educação Física.

2.OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

- Verificar como idosos praticantes e não praticantes de atividade física percebem a sua Imagem Corporal.

2.2 Objetivos Específicos:

- Comparar a percepção das idosas praticantes e não praticantes de atividade física em relação à sua Imagem Corporal;
- Comparar a satisfação das idosas praticantes e não praticantes de atividade física em relação à sua Imagem Corporal;
- Analisar as características psicossociais de cada grupo;
- Identificar os fatores que determinam a razão da visão de tal percepção corporal por parte dos idosos;

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Introdução às definições de Imagem Corporal

Para nos aprofundarmos no que concerne a Imagem Corporal, vimos à necessidade de articular alguns conceitos que possam clarificar o entendimento do corpo e de suas inúmeras transformações ao longo dos anos, assim como a definição de imagens como representações mentais dos meios externo e interno, onde este último representaria o próprio corpo como uma estrutura existencial. Após prover estes termos de significação, iremos construir um conceito de imagem corporal e de sua dinâmica no corpo envelhecido.

3.1.1 A complexidade do corpo envelhecido

A idéia acerca de nós mesmos está diretamente relacionada com a maneira como sentimos o nosso corpo e como ele se mostra ao mundo, ao mesmo tempo em que recebemos informações dos outros a nosso respeito.

O corpo, segundo Mauss (Apud SILVA; VENDITTI; MILLER, 2004), “é o primeiro e mais natural instrumento do homem, sendo também a expressão da sua cultura”.

Todavia, nos domínios da objetividade das ciências naturais, o corpo humano é tratado como matéria (instrumento) conformada em uma organização anatomofisiológica exclusiva e determinada geneticamente, constituindo a individualidade de cada ser. Como individuo verá o corpo, desde os primórdios de sua vida até o último de seus dias.

Já nos domínios da subjetividade das ciências humanas, trata-se especialmente do corpo de um sujeito que se expressa na sua cultura, que fala de si, que se representa na sua

biografia, sendo esta constituída pelas imbricações dos acontecimentos de sua vida de sujeito, cujos elos associativos conferem um sentido a sua existência.

Objetiva e subjetivamente, o ser humano constitui-se no corpo (PY; SCHARFSTEIN, 2001, p.120). Por isso, não podemos pensar no corpo como uma entidade biológica ou meramente simbólica, mas como um complexo evento biopsicossocial. Segundo esta nova forma de compreender o corpo, que evita os extremos biológicos de um lado e o psíquico vitalista do outro, Ponty (Apud BALESTRA, 2002, p.31) nos fala de um corpo vivido, que aparece na noção de uma consciência perceptiva solidária, maneira pela qual nos instalamos no mundo, ganhando e doando significação. Um corpo que olha para todas as coisas, mas que também se olha e se reconhece naquilo que vê, ou seja, ele se vê, vendo e toca tocando.

A corporeidade é contorno criado pela experiência do corpo ao dirigir-se à circunvizinhança. Essa trajetória descrita pelos gestos no espaço, entre o eu e o mundo, expressam uma certa maneira de ser no mundo. A corporeidade, ou contorno espacial dos movimentos vai se tornando visível nas tomadas de posições efetivas e na prática do sujeito vivo em face do mundo, porque são nessas atitudes que ele configura o entorno: animando alguns objetos e adormecendo outros (GOMES DA SILVA apud CRUZ, 2006, p.15).

De certo, os corpos, positiva ou negativamente, são realidades aparentes das quais ninguém pode escapar. Ao mesmo tempo, este corpo está sujeito a inúmeras e inexoráveis transformações ao longo dos anos. Soares (Apud BALESTRA, 2002, p.29) nos confronta com esta afirmação ao discorrer sobre o sentido tanto existencial como fisiológico do corpo humano:

“Território biológico quanto simbólico [...] o corpo é a primeira forma de visibilidade humana [...] Sendo uma evidência que acompanha todo ser humano, do seu nascimento à morte, o corpo é, contudo, finito, sujeito a transformações nem sempre desejáveis ou previsíveis. Ao longo dos anos, mudam suas formas, seu peso, seu funcionamento e seus ritmos, talvez, por

isso, não seja certo que todos os seres humanos estejam completamente habituados com seus corpos e satisfeitos com seu desenvolvimento. O corpo de cada um pode parecer extremamente familiar e concreto em certos momentos, mas em outros, bastante desconhecido e abstrato”.

Na aproximação da velhice, o corpo, operando a tarefa de modificar-se, anuncia aos outros não somente aspectos físicos previsíveis em decorrência de mudanças biológicas, tais como rugas, cabelos brancos, flacidez muscular, mas também denuncia atributos negativos indesejáveis associados ao estereótipo de enfermidade e de declínio mental que se encontram estampados no imaginário coletivo com relação à velhice. Essas imagens negativas, por sua vez, fazem parte de cada um de nós, de modo que resistimos a qualquer custo reconhecer dentro de nós alguma possibilidade de um pertencer a essa categoria, ou seja, inconscientemente rejeitamos tanto o processo de envelhecimento quanto às pessoas que envelhecem. Segundo o psicanalista Grotjhan (Apud BEAVOUIR, 1990, p.358) “nosso inconsciente ignora a velhice. Ele alimenta a ilusão da eterna juventude”. Portanto existe no corpo envelhecido uma contradição quase intransponível entre as transformações do processo de envelhecimento e a aceitação das mesmas por parte dos próprios idosos e daqueles que o rodeiam.

Birman (Apud PY; SCHARFSTEIN, 2001 p.122) alerta para o pressuposto de que infância, juventude e velhice são conceitos construídos historicamente, que, na atualidade, são fundamentados nos poderes de produção, reprodução, acumulação de riquezas e de consumo, sob o primado da eterna juventude, gerando uma crise que atinge de forma direta e perversa a pessoa que envelhece. Dentro desse contexto de marginalização da velhice do processo produtivo. Simões (Apud BALESTRA, 2002, p.38) afirma que o corpo do idoso, moldado desde a infância para o trabalho, não mais se ajusta ao mundo laborativo devido a uma discriminação imposta socialmente apenas por eles não possuírem um corpo-consumidor, ou seja, simplesmente pela aparência de seu corpo o idoso é descartado como sujeito que possui participação ativa na sociedade, passando a ser um indivíduo inabilitado. Por essa lógica,

nascem outros determinantes de formas de discriminação social, em que o corpo envelhecido, sofrendo o processo de afastamento e diferenciação do padrão jovem socialmente instituído, tende a ser excluído. Logo o velho passa a se sentir 'velho' pelo olhar dos outros.

Conseqüentemente, nossa sociedade consumista reserva para o corpo envelhecido uma ameaça à sua integridade e, portanto, o medo de ser 'velho' e perder as habilidades que o corpo garante é deveras assustador. Talvez seja devido à possibilidade de revelação pelo corpo e o medo inconsciente da exclusão social trazida pela velhice que em nossa sociedade contemporânea existe uma preocupação crescente e exagerada com as limitações físicas e as mudanças estéticas que anunciam o envelhecimento. Vários são os métodos 'rejuvenescedores' que buscam reverter um processo vital, natural, gradual, dinâmico e irreversível simplesmente por se fundamentar em preconceitos, mitos e idéias errôneas sobre fenômeno do envelhecimento. Segundo Monteiro (2003, p.93) as pessoas simplesmente "esquecem que envelhecemos porque vivemos, ou seja, envelhecemos ou morremos. Não há outra alternativa".

Enfim, os velhos rendem-se à opinião dos outros, que determinam e classificam negativamente, pelo corpo, o que é ser 'velho'. O corpo do idoso não é visto apenas como um corpo, mas também como um pacote de atributos estigmatizantes a respeito da personalidade, do papel social, econômico e cultural do que é ser 'velho'. Essa categorização da velhice, fruto da produção ideológica de nossa sociedade pós-industrial globalizada, impõe a não aceitação e abominação, por parte dos idosos, do próprio corpo, forçando-os ao distanciamento e a fixação numa imagem ilusória de eterna juventude.

Em contrapartida, reconhecer e se adaptar as transformações do corpo na velhice significa incluí-lo no registro da diferença - de gênero, de classe, de etnia, de grupo etário, dentre outras - recolocando-o em um lugar de valor e de aceitação das mudanças que o faz permanecer vivo.

3.1.2 A dinâmica das imagens

Ao pensarmos na palavra imagem provavelmente uma das primeiras significações que nos vem em mente é a de imagem visual, isto é imagem no sentido de desenho, foto, pintura, visualização de algo. Assim, ao falarmos em imagem corporal pode acontecer de pensarmos principalmente no aspecto visual, da aparência do corpo.

Contudo, as imagens não são apenas visuais, mas também são imagens auditivas, imagens gustativas, imagens olfativas, imagens somatossensitivas e assim por diante. Damásio (Apud MOTTA, 2003, p.52) esclarece que, quando fala da modalidade somatossensitiva, está incluindo muitas formas de percepção, tanto pelo sensitivo externo do tato, da temperatura e da dor, como pelo sentido interno da sensação muscular, do estado visceral e da percepção vestibular.

As imagens adquiridas através destas diversas sensações somáticas [do grego soma, 'corpo'], representam processos mentais de todos os tipos, tanto concretos quanto abstratos, que terão várias representações para sujeitos diferentes. Damásio (Apud MOTTA, 2003, p.53) explica ainda que as imagens surgem de representações que não são meramente cópias do que estamos vendo, sentido, cheirando, ouvindo ou tocando, mas são “construções do cérebro [padrões mentais] inspiradas por um objeto [...]”. Ele acrescenta que, nas representações, existem “um conjunto de correspondências entre características físicas do objeto e modos de reação do organismo”. Em outras palavras, o autor nos fala, a seguir, da importância da subjetividade na formação de nossas imagens mentais.

A partir do momento em que detectamos um objeto, várias áreas do nosso Sistema Nervoso Central (SNC) reagem a essa imagem. Ocorre então um conjunto de mudanças no nosso organismo. Essas mudanças “[...] alteram momentaneamente a imagem corporal, perturbando assim a representação atual do conceito do eu” (DAMÁSIO apud TURTELLI,

2003, p.217-8). O mesmo autor supõe a existência de um conjunto de estruturas neurais que “recebem sinais tanto da representação do objeto como das representações do eu, à medida [em] que o organismo é perturbado pela representação do objeto” (Idem, 2003, p.218). Considera ainda que todos esses acontecimentos: a representação do objeto, o organismo em reação a este objeto representado e o estado do eu em modificação, são retidos simultaneamente na memória de trabalho – a qual consiste na capacidade de reter informação durante um período de muitos segundos e de manipular mentalmente – de forma que são produzidos três grupos de imagens: as do objeto, as das respostas do organismo ao objeto representado e as do organismo no ato de perceber e responder a um objeto. Damásio (apud TURTELLI, 2003, p. 218) credita a este terceiro tipo de imagens a nossa noção de subjetividade.

Segundo o mesmo autor, as representações neurais do nosso SNC precisam estar correlacionadas com aquelas que constituem a base neural para o eu, do contrário, não poderíamos estar conscientes da existência destas imagens, e, portanto, não saberíamos que elas são nossas imagens, por onde constantemente apreendemos informações sobre o meio externo e sobre nosso corpo (DAMÁSIO apud TURTELLI, 2003, P.30).

Como dito anteriormente, a construção dessas imagens se processa simultaneamente em várias áreas do nosso SNC, onde as áreas sensitivas primárias do córtex cerebral – área somestésica, área visual, área auditiva, área olfatória, área gustativa e área vestibular – desempenham papel importante. Damásio destaca que cada uma destas áreas é um conjunto de pequenas sub-áreas que atuam de maneira sincrônica e concertada formando representações topograficamente organizadas que são a base neural para nossas imagens mentais.

Essas imagens mentais, formadas a partir da ação coordenada das várias áreas sensitivas primárias do córtex cerebral, são organizadas de maneira dinâmica, sendo

modificadas constantemente pelas informações sensoriais captadas por nossos órgãos dos sentidos. Damásio (Apud TURTELLI, 2003), por sua vez, tenta classificar esta organização das imagens mentais em duas categorias: (1) em Imagens Perceptivas, que são representações geradas ‘no presente’ vindas tanto do meio externo como do interior do nosso corpo, existindo também uma participação de nossa memória pregressa na formação destas imagens; e (2) em Imagens Evocadas, que são imagens que se formam por uma ação evocativa combinatória de nossa memória quando recordamos algo do passado, quando fazemos planos para o futuro ou simplesmente quando fantasiemos uma situação.

Sobre o armazenamento destas imagens, perceptivas ou evocadas, o autor deixa claro que as mesmas não são armazenadas em forma de fitas de música, rolos de filmes ou de fotos contendo cenas de nossa vida. As imagens são reconstruídas a cada vez em que lembramos de algo.

Partindo desta premissa, Damásio (Apud TURTELLI, 2003) nos esclarece que as imagens que formamos através da evocação de recordações (imagens evocadas) são tentativas de réplicas que fazemos dos padrões neurais que ocorreram nos córtices sensoriais primários quando percebemos a imagem pela primeira vez (imagens perceptivas). Estes padrões são apreendidos e passam a existir como padrões potenciais de atividade neural, formando as representações dispositivas. Estas representações dispositivas existem em pequenos núcleos de neurônios, chamados pelo autor de zona de convergência, que se localizam em várias partes do córtex de associação (nas regiões occipital, temporal, parietal e frontal) e nos gânglios basais.

Seguindo este raciocínio, podemos depreender que as imagens evocadas se formam quando estas representações dispositivas disparam para trás, ou seja, quando as mesmas regridem em direção aos córtices sensoriais primários, fazendo com que os disparos neurais ocorram basicamente nos mesmos córtices onde os padrões de disparos correspondentes às

imagens perceptivas que aconteceram outrora pela primeira vez. Desta maneira, podemos evocá-las, nos olhos e ouvidos de nossa mente, imagens aproximadas do que experienciamos anteriormente. Não obstante, uma imagem evocada dificilmente tem a vivacidade de uma imagem perceptiva.

Isto depende das circunstâncias em que as imagens foram assimiladas e das condições nas quais elas estão sendo lembradas. Além disso, quando vamos reconstruir uma imagem, dificilmente conseguimos trazer de uma vez todos os componentes que estavam presentes na imagem perceptiva primitiva: cor, claridade, temperatura, cheiros, sons, entre outros, uma vez que todos estes elementos não existem armazenados em nosso cérebro em um único lugar, porém se encontram disseminados em várias áreas do nosso SNC. Temos assim que a formação de uma imagem diferente a cada vez, de acordo com as diferentes interpretações e significados que damos as diversas situações vividas, as quais serão implacavelmente modificadas por nossa memória, nossa emoção e nossa cognição, enfim, serão sempre modificadas por nossa subjetividade. Assim, a cada vez que imaginamos algo, criamos a imagem no presente, dando-lhe a nossa interpretação atual do fato que ocorreu.

Em outras palavras, Damásio (Apud TURTELLI, 2003, p.34) ressalta que as imagens de cada individuo são exclusivas dele. Cada ser humano possui uma forma única de vivenciar o mundo. Essas diversas imagens [...] são construções do cérebro. Tudo o que se pode saber ao certo é que são reais para nós próprios e que há outros seres que constroem imagens do mesmo tipo. [...] não sabemos, e é improvável que alguma vez venhamos a saber o que é a realidade absoluta”.

De acordo com Bérghson (Apud MONTEIRO, 2003, p.104), o próprio corpo pode ser considerado como uma imagem que age como as outras que fazemos do meio externo, com uma diferença: o corpo parece escolher a maneira de devolver o que está recebendo. Assim o

corpo agirá como centro de ação sobre outros objetos que o cercam, influenciando-os para que possa adquirir desses objetos alguns traços para compor o conjunto de imagens já formadas.

Entendendo as dimensões objetiva e subjetiva que constituem tanto os corpos quanto às imagens e sabendo que ambas são entidades exclusivas de cada sujeito podemos conceber uma visão mais aprofundada do que seria a imagem mental do nosso corpo, não apenas baseada na aparência física, mas sim como uma representação atual do que seria o nosso biopsicossocial.

Desdobraremos, no próximo item, o tema ‘Imagem Corporal’, trazendo inicialmente um breve histórico, desde o início do século XX até os dias de hoje, com relação à evolução das pesquisas a respeito do assunto, para só então poder, tratar das diversas visões de alguns pesquisadores sobre o que seria adequado, e funcional, definir o termo imagem corporal, além de finalmente abordarmos o intrincado processo de estruturação da imagem corporal durante a velhice.

3.2 Imagem corporal

O estudo da Imagem Corporal envolve várias áreas do conhecimento. Atualmente podemos encontrar pesquisas sobre o assunto nas áreas de neurologia, psicologia, sociologia, pedagogia, fisioterapia, filosofia, educação física, entre outras. É um tema bastante complexo que pede um olhar multidimensional para o ser humano, o que acaba gerando certas ambigüidades em sua conceituação.

De acordo com Turtelli (2003, p.1) o início das pesquisas em imagem corporal data da virada do século XX. Neste momento inicial, havia um grande envolvimento por parte dos neurologistas em investigar os distúrbios de percepção corporal apresentados por pacientes com lesões no Sistema Nervoso Central (SNC) e naqueles com Síndrome do membro

fantasma, ou seja, em pacientes que sofriam amputações de algum membro e que mesmo assim continuavam a sentir o membro perdido após a cirurgia.

Henry Head foi o primeiro neurologista a construir detalhadamente uma teoria a respeito da integração e unificação da percepção corporal (FISHER apud SILVA; VENDITTI; MILLER, 2004), no ano de 1911, intitulando-a de esquema corporal.

Este termo esquema corporal passa a ser compreendido como “[...] um modelo postural padrão que cada pessoa constrói de si mesmo e que serviria para que ela pudesse contrapor a esse modelo suas diferentes posturas e movimentos” (TURTELLI; TAVARES; DUARTE apud SILVA; VENDITTI; MILLER, 2004).

Como visto anteriormente, o enfoque nessas pesquisas pioneiras era principalmente na contribuição da fisiologia na percepção corporal, não havendo ainda uma noção clara da dimensão e complexidade do novo campo que se abria.

Mas a grande inovação na área em 1935 veio com o trabalho do neurologista, filósofo e psiquiatra Paul Schilder (TURTELLI, 2003, p.2). No seu principal livro *A Imagem do Corpo – Energias Construtivas da Psique*, o autor demonstra uma perspectiva mais avançada para aquele momento histórico, de maneira que ainda hoje se mantém atualizada, visto que os estudos apresentados por ele integravam a personalidade, o nível psíquico e o social aos níveis anatomofisiológicos da imagem corporal, sendo este último representado pelo modelo de esquema corporal criado por Henry Head. Ele pode ser considerado o precursor das diversas linhas de pesquisa em imagem corporal que seriam desenvolvidas mais tarde (TURTELLI, 2003).

Apesar de também ter iniciado suas pesquisas a partir do interesse por seus pacientes com problemas neurológicos, Schilder (Apud TURTELLI, 2003) desde o início teve um olhar mais amplo para o conceito de imagem corporal. Deu grande ênfase na fluidez da imagem corporal, no seu constante processo de transformação, relacionando a imagem corporal com

as interações do indivíduo com os outros, com o meio interno e externo do próprio corpo, com as emoções, com o uso de roupas e outros objetos, entre as conexões. Mostrou também que os conceitos ligados à imagem corporal podem ser aplicados a praticamente todas as facetas da vida cotidiana (FISCHER apud TURTELLI, 2003, p.3).

Depois que as pesquisas de Schilder (Apud TURTELLI, 2003) trouxeram a tona às várias dimensões implicadas na estruturação da imagem corporal, ficou evidente para o meio científico que o assunto supracitado é difícil e multifacetado. Da mesma forma, a definição do termo continua até hoje gerando algumas controvérsias.

Na realidade não há entre os pesquisadores um consenso quanto ao conceito de imagem corporal (TURTELLI, 2003). Como apresentaremos a seguir, existe uma discussão entre os estudiosos da área, sobre conceituar adequadamente o assunto, havendo alguns pesquisadores que vêem na multidimensionalidade do tema algo positivo enquanto outros vêem nessa amplitude uma falta de conceituação adequada.

3.2.1 Definições de Imagem Corporal

Schilder (Apud SILVA; VENDITTI; MILLER, 2004) conceitua imagem corporal afirmando que “[...] entende-se por imagem do corpo humano a figuração de nossos corpos formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”.

O mesmo autor nos fala sobre o que considera figuração. Ele destaca que essas figurações são produtos de nossas atividades e interações dirigidas ao meio externo. Fala ainda: “Nenhuma figuração deixa de ser, ao mesmo tempo, desejo, ação e emoção” (SCHILDER apud TURTELLI, 2003, p. 50). E ainda:

“O esquema corporal é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. Podemos chamá-la de imagem corporal. Esse termo indica que não estamos tratando de uma mera sensação ou imaginação. Existe uma percepção do corpo. Indica também que, embora nos tenha chegado através

dos sentidos, não se trata de uma mera percepção. Existem figurações e representações mentais envolvidas, mas não é uma mera representação”.

Diferentemente de Schilder (Apud TURTELLI, 2003), outros pesquisadores defendem a distinção entre os termos imagem corporal e esquema corporal, afirmando, em linhas gerais, que o primeiro termo possui características psicológicas, subjetivas, enquanto o segundo possui peculiaridades biológicas, objetivas, que servem de base para construção da própria imagem corporal.

Gallagher (Apud TURTELLI, 2003, p.48) é um dos que defendem a diferenciação entre os termos. Segundo o pesquisador, na imagem corporal o corpo é “o nosso corpo”, tido como algo intencional; já no esquema corporal, o corpo funcionaria como “o nosso pano de fundo”, tido como algo não intencional que está sempre filtrando nossa percepção, o que faz as escolhas de como vamos fazer determinados movimentos para manter nossa postura e nosso equilíbrio.

Campbell (Apud TURTELLI, 2003, p.47) também faz a distinção entre os modos nos quais uma representação do próprio corpo pode ser usada da seguinte maneira: no esquema corporal a representação é usada para “mediar as próprias percepções e ações” enquanto na imagem corporal serve para “registrar o impacto do próprio comportamento nas outras pessoas”. Assim o autor coloca a imagem corporal como fenômeno ligado ao próprio comportamento em relação ao outro, ao passo em que considera o esquema corporal apenas com relação a si mesmo.

Tamayo(1981), Carpenito (1997) e King (1981) falam da imagem corporal como um dos componentes do self ou autoconceito. Para Tamayo (Apud SOUTO, 1999, p.18) o self seria uma organização hierárquica e multidimensional de um conjunto de percepções de si mesmo, constituído pelo self somático, pelo self pessoal, pelo self social, e pelo self ético-moral. O self somático corresponderia à imagem corporal, sendo definido como “um conjunto de percepções sobre a maneira como o corpo aparece para o indivíduo”. As percepções e a

estruturação do self somático seriam influenciadas pela aparência física, pelo estado físico, pela valorização cultural e social que o indivíduo recebe pelas inúmeras experiências vividas com seu próprio corpo.

Carpenito (Apud SOUTO, 1999, p.19) afirma que o autoconceito é influenciado pela percepção do sujeito sobre o modo como outras pessoas o vêem, e nisto está incluído o conceito de imagem corporal, visto que o mesmo se refere ao modo como o indivíduo percebe seu corpo, e sua percepção sobre o modo como os outros o vêem.

Já para KING (Apud SOUTO, 1999, p.19), self se refere “[...] à maneira como eu me defino frente a mim mesmo e aos outros”, ou seja, é a percepção da pessoa a respeito de si mesma. No que se atribui à relação entre imagem corporal e self, King (1981) certifica que a imagem corporal é caracterizada como algo muito pessoal e subjetivo, adquirido ou aprendido, e em mudança constante. Portanto, há uma relação direta entre self e imagem corporal.

Segundo Souto (1999, p.18) o self inclui, além da percepção global da pessoa sobre a aparência do seu próprio corpo (imagem corporal), o julgamento de valor sobre sua própria pessoa (auto-estima). Portanto, tanto a imagem corporal como a auto-estima são componentes do self que, por sua vez, pode ser traduzido como autoconceito.

Lemone (Apud SOUTO, 1999, p.19) define imagem corporal como “a parte visível e funcional do self”, isto é, como é percebido pela própria pessoa e por outros. A auto-estima seria o “valor atribuído ao self”. O autor deduz ainda que a auto-estima é influenciada e influencia a imagem corporal e estas fazem parte da estrutura do self.

Autores como Lewis e Scannell (Apud TURTELLI, 2003, p.39) e Wylie (Apud TURTELLI, 2003, p.43) definem a relação entre auto-estima e imagem corporal de maneira similar a Lemone (1991). Lewis e Scannell asseguram que a imagem corporal muda constantemente em resposta a novos estímulos do ambiente e está relacionada intimamente à

auto-estima, já Wylie garante que a imagem corporal tem uma influência central no desenvolvimento da auto-estima.

Outros estudiosos também definem o termo imagem corporal. Segundo Amighi et al. (Apud TURTELLI, 2003, p.44) a “[...] imagem corporal é um reflexo de como uma pessoa imagina que ela é”. Sundeen et al. (Apud SOUTO, 1999, p.21-2) asseguram que a imagem corporal é:

“[...] a soma das atitudes conscientes e inconscientes que a pessoa tem a respeito do seu corpo, incluindo as percepções presentes e passadas, assim como sentimentos sobre tamanho/extensão, função, aparência e potencial do corpo”.

Gallagher (Apud TURTELLI, 2003, p.47) observa que o termo imagem corporal vem sendo utilizado de forma a incluir pelo menos três aspectos: (1) a experiência perceptiva do corpo; (2) o entendimento conceitual do corpo em geral (abragendo mitos e/ou conhecimento científico) e; (3) as atitudes emocionais da pessoa para com o próprio corpo.

Krueger (Apud TURTELLI, 2003, p.46) conceitua operacionalmente a imagem corporal como uma representação mental do self corporal que não se limita às imagens visuais, mas que “[...] compreendem o esquema de todos os inputs sensoriais, interna e externamente derivados – experiências vividas, processadas e representadas dentro de um aparato psíquico em amadurecimento”.

Pruinsky e Cash (Apud TURTELLI, 2003, p. 272) articularam sete temas sobre imagem corporal. Os mesmos são os seguintes:

- Imagens Corporais se referem às percepções, pensamentos e sentimentos sobre o corpo e a experiência corporal;
- Imagens corporais são multifacetadas;
- Experienciações da Imagem Corporal são entrelaçadas com sentimentos sobre o self;

- Imagens Corporais são determinadas socialmente;
- Imagens Corporais não são inteiramente fixas ou estáticas;
- Imagens Corporais influenciam o processamento das informações;
- Imagens Corporais influenciam o comportamento.

Ao contemplarmos as diversas abordagens colocadas pelos pesquisadores anteriormente citados, fica evidente a complexidade do tema imagem corporal. Versar sobre a totalidade do assunto é tarefa praticamente impossível e, inevitavelmente, neste trabalho, seremos meros compartilhadores de duas perspectivas, as quais se reportam ao modelo de cuidado da imagem corporal de Bob Price (1990) que, por sua vez, fundamentou teoricamente a elaboração da Escala de Medida da Imagem Corporal, criada por Souto (1999), e um questionário o SMT (Silhouette Matching Task) ou Teste para avaliação da Imagem Corporal proposto por Stunkard (et al 1983 adaptado por Marsh e Roche apud MATSUDO; VELARDI; BRANDÃO; MIRANDA, 2007) os quais foram utilizados metodologicamente em nossa pesquisa para averiguação do nível de autopercepção da imagem corporal por idosos.

3.2.2 O modelo de imagem corporal de Bob Price

Em seu modelo de cuidado da imagem corporal, Price (1990a, 1990b, apud SOUTO, 1999) utiliza como referência à visão panorâmica de Schilder sobre a definição funcional da imagem corporal.

Enquanto Schilder (Apud SOUTO, 1999, p.19-20) ressalta três ordens de fatores que juntos – mecanismos neurológicos, fator psicológico (estrutura libidinal) e fator social (ambiente externo) – integram e mantêm a imagem corporal como a representação mental de nossos corpos, Price (1990a, 1990b apud SOUTO, 1999) atesta três outros componentes que

unidos – realidade corporal, ideal corporal e apresentação corporal – se correlacionam e se integram para formar a imagem que cada um faz do seu próprio corpo, considerando que “a imagem [corporal] é formada num contexto social e pessoal, [onde] as reações dos outros sobre nosso corpo são experimentadas profundamente”.

Sob o ponto de vista de Price, estes componentes (realidade corporal, ideal corporal e apresentação corporal), juntos, buscam preservar uma imagem corporal satisfatória, através da manutenção de um estado de tensão ou de equilíbrio, ou seja,

“Quando estes [componentes] estão satisfatoriamente balanceados, eles contribuem para a sensação de bem-estar, e podem ser a expressão de uma imagem corporal e saudável. A falta de um dos componentes da imagem corporal pode resultar numa alteração da [mesma]”. (PRICE, 1990a, 1990b apud SOUTO, 1999, p.33)

Para Price (1990b apud, 1999, p.34) a realidade corporal “se refere ao nosso corpo como ele realmente é”, ou seja, diz respeito ao corpo anatômico e funcional. A realidade corporal se reporta ao corpo tão objetivamente quanto for possível ser observado, sendo a mesma relativa a estrutura somática do organismo humano, formada através da herança genética e de influências ambientais, tais como aspectos sociais (condições de moradia), demográficos (grupo de idade), econômicos (renda per capita), étnicos (tipo de raça) dentre outros.

O autor diz ainda que o processo de crescimento e desenvolvimento de cada indivíduo, como o surgimento das mudanças biopsicossociais durante o processo de envelhecimento humano, acarreta mudanças na realidade corporal. Para Price, esses elementos da estrutura somática do organismo humano – código genético mais fator ambiental – têm grande influência e podem provocar alterações na realidade corporal, ao mesmo tempo em que “[...] têm um profundo efeito sobre nossos sentimentos e nosso senso de pessoa” (Price apud SOUTO, 1999, p.34). Segundo o mesmo autor, a realidade corporal é avaliada constantemente contra um ideal o qual nós imaginamos que o corpo deve ser visto e como ele deve agir.

Ideal corporal, segundo Price (Apud SOUTO, 1999), se reporta ao que gostaríamos que o nosso corpo fosse, ou seja, como idealizamos que ele – o nosso corpo – deveria ou poderia ser.

O ideal corporal é determinado pelo ideal cultural vigente em cada sociedade (MONTEIRO, 2003, p.91). Dessa forma, veículos de produção de valores culturais como mídia, moda, ídolos, religião, entre outros, determinam um padrão de beleza desejado, que deve ser alcançado, e que tende a influenciar o indivíduo em todas as fases de sua vida, desde a infância até a velhice, fazendo com que nosso ideal corporal passe por inúmeras transformações ao longo dos anos, sempre no sentido de atingir ou preservar um padrão de beleza – ideal corporal – que provoque a aprovação dos outros.

Por isso, o ideal corporal inclui o julgamento do corpo. Cada indivíduo aprova ou não a sua imagem, dependendo da correspondência entre o modo como percebe esta imagem e como gostaria que esta fosse.

Quanto à apresentação corporal, Price atesta que se refere ao como cada indivíduo “[...] acredita que é visto pelos outros” (PRICE, 1990b apud SOUTO, 1999, p.61), incluindo, além disso, o modo como cada pessoa apresenta seu corpo ao mundo externo.

Nessas circunstâncias, a apresentação corporal diz a respeito às relações intra e interpessoais, às emoções e aos sentimentos do indivíduo consigo, com os outros e com seu ambiente, sendo a mesma concebida à base da aprendizagem dos valores sociais, tais como: (a) os motivos pelos quais as pessoas de um determinado grupo tendem a valorizar certas áreas ou funções corporais; (b) o papel das vestes e adornos na comunicação social; e (c) a própria disposição do corpo no tempo e no espaço, que fica refletida nos movimentos, na postura, na expressão da vontade, das intenções e dos sentimentos que cada um possui com relação ao seu próprio corpo. Enfim, a apresentação corporal é influenciada pelo ideal corporal, podendo modificar a realidade corporal.

A partir da revisão da literatura empreendida, entendemos que a imagem corporal pode ser definida como a imagem mental da pessoa acerca do seu próprio corpo, incluindo como seu corpo realmente é, como idealiza que ele deveria ou poderia ser, e como acredita que é visto pelos outros. Essa definição adotada incorpora os três elementos ou dimensões da imagem corporal descritas por Price (1990 apud SOUTO, 1999) – realidade, ideal e apresentação corporal, respectivamente – os quais orientaram metodologicamente nosso estudo sobre imagem corporal e velhice.

3.2.3 Imagem Corporal e velhice

“Cada sujeito transmite sua imagem pessoal e particular do que significa envelhecer” (CARVALHO, 2002, p.32-3). Com esta afirmação, evidenciamos que o envelhecimento humano não é um processo vital homogêneo, apesar de ser um fenômeno universal, uma vez que, embora a seqüência das mudanças relacionadas ao envelhecimento seja a mesma para todas as pessoas, a velocidade desta progressão dependerá de diferenças individuais e experiências psicológicas, sociais e culturais vividas pelo sujeito ao longo dos anos. Da mesma forma, a estruturação da imagem corporal dos velhos muda com o passar do tempo, de maneira singular, sofrendo mudanças não apenas devido às alterações biológicas comuns à idade avançada, mas sim também devido às circunstâncias pelas quais o sujeito vivencia suas experiências, “... as imagens corporais ligam-se por meio de uma proximidade espacial que favorece o contato entre corpos e suas experiências.” (CRUZ, 2006, p. 10).

Desta forma, o envelhecimento impõe mudanças que variam de indivíduo para indivíduo, mas seguindo sempre um processo até então universal, irreversível, cumulativo e seqüencial (LANGLOIS, 1992 apud BALESTRA, 2002, p.4-5), e que exige quase sempre algum tipo de adaptação de quem o vivencia.

Esta adaptabilidade envolve segundo Fonseca (1998 apud BALESTRA, 2002, p.6), um conjunto de modificações, quer somáticas, quer psíquicas, quer afetivas, quer sociais, que mergulham em procedimentos ambíguos e por vezes contraditórios quanto ao comportamento e atitudes de alguns idosos, que faz deste um momento único, pessoal e intransferível capaz de ser vivido como qualquer outra fase de nossa vida.

Por conseguinte, como declara Monteiro (2003, p.114), a imagem corporal dos idosos não sofre distorções simplesmente porque estas pessoas são velhas, isso porque a imagem corporal se adapta gradualmente ao corpo físico durante o processo de envelhecimento primário ou senescência, visto que nossa experiência pessoal não nos indica o número de nossos anos. Nenhuma impressão sinestésica (do grego kinen, ‘mover’; aisthesis, ‘percepção’) nos vem revelar as involuções da senescência, sejam referentes aos marcadores extrínsecos típicos e bastante visíveis da velhice, tais como redução de massa corpórea magra, cabelos grisalhos, pele enrugada, entre outros (PAPALEÓ NETTO; BORGONOV, 2002, p.44), ou mesmo referentes a outros marcadores, intrínsecos ou invisíveis, que também compõem, de maneira complementar, esse quadro de mudanças, tais como alterações biomecânicas (diminuição de força, mobilidade e de resistência), psicomotoras (diminuição da capacidade de aprendizagem, de memória e de cognição), psicossociais (baixa auto-estima) e das capacidades funcionais energéticas (alteração do ciclo sono-vigília). Esses marcadores do envelhecimento primário, intrínsecos ou extrínsecos, estarão presentes, mais rápida ou mais lentamente, em todos os idosos, revelando sua velhice aos outros, como sugere Fonseca (Apud BALESTRA, 2002, p.6), “[...] Eis [que] os sinais da passagem do tempo, mesmo que indesejados, surgem no decurso natural do processo do envelhecimento [denunciando aos outros nossa idade cronológica]”.

Entretanto, a imagem corporal na velhice pode sofrer alterações quando o corpo biológico apresenta-se com: (1) limitações adaptativas frente às alterações do meio ambiente;

(2) comprometimentos patológicos característicos da senilidade; e com (3) distúrbios da motivação que, segundo Balestra (2002, p.6), “acabam limitando suas possibilidades [dos idosos] de comunicação e expressão, o que poderá gerar algum tipo de alteração na forma como vê e sente o seu corpo, ou seja, na sua imagem corporal”.

Observamos que, em um dado momento, a imagem corporal dos idosos pode sofrer alterações quando o corpo físico mostra-se com indicadores típicos da senilidade, também conhecida como envelhecimento secundário ou patológico, tais como seqüelas de doenças neurológicas (ex.: Doença de Alzheimer), cerebrovasculares (ex.: Acidente Vascular Encefálico - AVE) e cardiovasculares (ex.: hipertensão arterial sistêmica) que, por sua vez, exibem uma crescente probabilidade de ocorrência com o aumento da idade, em parte por causa de mecanismos genéticos, em parte em virtude de fatores ambientais, do estilo de vida e da personalidade (NERI, 2001, p.99).

Outra fonte de distúrbio da imagem corporal se encontra normalmente nas características atribuídas pela sociedade aos idosos, que se relacionam com a perda gradativa da força física, a baixa da auto-estima, a falta de confiança, ao sentimento de impotência, ao conformismo diante das perdas, ao sentimento de abandono e solidão, enfim, quando os marcadores típicos da senescência passam a ser percebidos pelos idosos como clichês de representações sociais da velhice que por sua vez são contextualizados na diversidade das relações sócio-culturais pré-existentes, fazendo com que esta mesma representação social do idoso esteja sujeita à interferência de preconceitos, mitos, estigmas e estereótipos sociais com relação ao processo de senescência, que passa então a ser percebido como um processo de decadência, reforçando para os não idosos a imagem ameaçadora e tão negada da velhice.

E a situação tende a se agravar, caso o envelhecimento primário (senescência) esteja interagindo com alguma patologia típica do envelhecimento secundário (senilidade) – uma vez que ambos os padrões de envelhecimento podem agir reciprocamente em um mesmo

indivíduo – reforçando a antiga visão biológica e reducionista de que o envelhecimento humano era um fenômeno patológico e homogêneo relacionando ao desgaste do organismo e às seqüências das doenças ocorridas em fases anteriores à velhice.

Mas, segundo Berguer e Mailloux – Poirier (Apud BALESTRA, 2002, p.5):

“O processo de senescência, não é uma doença e não se pode comparar com qualquer estado patológico atualmente conhecido. Esta concepção errônea da senescência como doença evitável está na origem de todas as pesquisas que visam descobrir a fonte da juventude. A senescência é um processo multifatorial que arrasta uma deteriorização fisiológica do organismo [...] Não é, pois, uma doença, mas pode levar a uma quantidade de afecções, porque [...] se caracteriza pela redução da reserva fisiológica dos órgãos e sistemas. A senescência é um processo natural e não é sinônimo de senilidade, termo que designa uma degenerescência patológica, de fato muitas vezes associadas à velhice, mas que tem origem em disfunções orgânicas [...]”.

Logo, tanto os atributos negativos relacionados a senescência, tais como a crença de que algumas doenças e incapacidades físicas são inevitáveis nessa fase da vida, quanto às alterações psicossomáticas ocasionadas por doenças associadas à senilidade acabam gerando, no idoso, um descompasso entre sua realidade corporal – aquilo que acredita ser o seu corpo na velhice – e a sua apresentação corporal – aquilo que os outros vêem como sendo um corpo de ‘velho’ – o que pode levar o indivíduo a subestimar sua condição corporal e, conseqüentemente, acarretar perturbação em sua imagem corporal.

Por sua vez, Souto (1999, p.30), assevera que a avaliação negativa da velhice pela sociedade ou por pessoas importantes para o idoso parece predispor ao desenvolvimento de distúrbio na imagem corporal durante a senectude, ou seja, mesmo que o sujeito não sinta as mudanças inerentes ao processo de envelhecimento em seu corpo biológico, seja ele primário ou secundário, ele passa a se sentir velho através dos outros, fazendo-o entrar em uma crise de identidade, o que acaba gerando uma desconexão entre o corpo envelhecido e sua representação mental.

Além desses dois fatores anteriormente citados, a imagem corporal dos velhos podem também ser modificada devido a distúrbios da motivação, que por sua vez podem gerar algum tipo de alteração motora (MONTEIRO, 2003). Muitos declínios físicos encontram-se associados a uma perda de interesse por parte dos idosos em manter-se ativos para a busca da realização de seus objetivos. Estes, mesmo que sejam simples, são essenciais à continuidade da vida. Quando os idosos são capazes de mantê-los, o risco de perderem a direção de seus padrões motores rumo a novas experiências fica reduzido.

Monteiro (2003) afirma ainda que a manutenção de objetivos é o que conservará o idoso conectado com o mundo. Através das relações de troca com o meio e com outras pessoas será possível aos velhos agregarem significados à sua construção pessoal, mantendo assim a integridade de sua imagem corporal. Complementa: “Através do conhecimento de uma imagem corporal [alheia], que serve de base à execução dos [seus] movimentos, conseguirá [o idoso] realizar-se em suas experiências, adquirindo subsídios para o contínuo preenchimento da própria imagem corporal” (Idem, 2003, p.119). Esse processo deverá possibilitar ao idoso realizar os seus movimentos de forma adequada e também adquirir mais conhecimentos de si mesmo. O velho que se encontra limitado de expressão através de seu corpo poderá sofrer lacunas em sua imagem corporal, criando o que Monteiro (2003, p.118) chama de “apagamento do seu plano motor”, que irá gerar novas memórias motoras caracterizadas por movimentos deficientes. Esta alteração motora pode estar associada a: (1) crenças pessoais do próprio idoso de que um ‘corpo velho’ é um corpo feio, doente e fatalmente limitado para expressar suas ações e emoções e; (2) crenças e valores de outras pessoas que se relacionam com esses mesmos velhos e que reforçam neles o estigma da velhice.

Desse modo, podemos dizer que a idade cronológica deixa de ser apenas uma convenção sociodemográfica utilizada para caracterizar a última fase do ciclo vital “de grupos

ou populações com 60 anos e mais de idade [...]” (NERI, 2001, p.69), para passar a ter uma influência marcante no ritmo de vida dos indivíduos, trazendo sofrimento e condutas desnecessárias por parte dos idosos devido a uma concepção restrita e tendenciosa sobre o processo de envelhecimento, assim como nos mostra Beavouir (Apud SANTOS, 2002):

“A atitude dos idosos depende de sua opinião geral com relação à velhice. Eles sabem que os velhos são olhados como uma espécie inferior. Toda uma tradição carregou essa palavra de um sentido pejorativo, ela soa como um insulto [...]”.

Contudo, os idosos deveriam perceber que as mudanças em seus corpos fazem parte de um processo pessoal, dinâmico, progressivo, cumulativo e possível de envelhecimento, aonde estas mesmas transformações irão se ajustar gradualmente às novas representações mentais feitas pelos idosos acerca do seu próprio corpo, a partir de suas experiências vividas ao longo dos anos. Para tal adaptação, será necessária uma reflexão contínua, por parte dos idosos, “[...] sobre todas as interpretações a respeito de suas próprias crenças e mitos sobre a velhice” (BALESTRA, 2002, p.35), ao mesmo tempo em que eles devem aceitar e se adaptar as mudanças inerentes ao seu modo particular de envelhecimento, evitando desta forma, um conflito entre “o modo como [seu] corpo é agora percebido [na velhice] e o modo como a pessoa figura seu corpo mentalmente [sua imagem corporal]” (MURRAY apud SOUTO, 1999, p. 24).

Enfim, espera-se que o idoso participe de forma ativa nesse processo particular de alterações conceituais, visto que não adianta este projeto de mudança pessoal vir dos outros. Eles devem tomar parte na criação de suas próprias condições, ou seja, devem descobrir a transformação de seus corpos através da mudança das imagens, buscando melhores modelos para se referenciar, descobrindo, por meio do aprendizado, que o seu corpo é plástico porque existe uma constante construção, desconstrução e reconstrução da imagem corporal e, portanto, as possibilidades de experimentação através do corpo estarão sempre fundamentadas

em idéias, ou seja, nas imagens mentais (MONTEIRO, 2003) e não apenas em critérios cronológicos estigmatizantes como a representação social do idoso vigente em nossa sociedade nos impõe.

3.3 Atividade Física

É bastante antiga a idéia de que exercício ou atividade física estão associados com boa saúde e qualidade de vida das pessoas em todas as faixas etárias, principalmente na meia-idade e na velhice, quando os riscos potenciais da inatividade se materializam, levando a perda precoce de vidas e de muitos anos de vida útil. Já os antigos chineses praticavam uma forma suave de ginástica médica para prevenir doenças e em Roma, a mais de 1.500 anos, o médico Galeno prescrevia exercício para a manutenção da saúde. Mas, somente nas últimas décadas as investigações científicas produziram as reais evidências de associação entre atividade física e saúde. Nahas (2001, p.12) afirma que “o estilo de vida ativo passou a ser considerado fundamental na promoção da saúde e redução da mortalidade por todas as causas”. E que as pesquisas vêm demonstrando que as mudanças comportamentais podem ser muito efetivas na área de prevenção e controle das doenças associadas à inatividade, referidas como doenças hipocinéticas. Entretanto, para que as pessoas, e em especial, as idosas pratiquem atividade física regularmente, elas devem ter conhecimento sobre os seus benefícios, superar vícios e comportamentos inadequados, e desenvolver comportamentos propícios à prática.

3.3.1 Atividade física e saúde

Atualmente, a saúde “é considerada como uma condição humana com dimensões física, social e psicológica, caracterizadas num contínuo, com pólos positivo e negativo” (NAHAS, 2001, p.10). Apesar de a saúde ser um dos nossos atributos mais preciosos, a maioria das pessoas só pensa em manter ou melhorá-la quando esta se acha ameaçada mais seriamente e os sintomas de doenças evidentes. Além de estilos de vida que põem em risco a saúde – seja pelo stress, pela alimentação inadequada ou pelo sedentarismo – ainda existem diferenças gigantes no padrão de vida de regiões mais desenvolvidas e daquelas mais pobres. Mas para a maior parte da população, o maior risco para a saúde e o bem-estar advém do próprio comportamento individual, resultante tanto da informação e vontade da pessoa, como também das oportunidades e barreiras sociais presentes (NAHAS, 2001).

O organismo humano foi construído para ser ativo. Por necessidade, os nossos ancestrais eram muito ativos, na caça, pesca, fuga de refúgio etc., e por falta de opções tecnológicas que lhes permitissem poupar esforços. Na sociedade em que vivemos hoje, o sedentarismo é um fato predominante que atinge todas as camadas sociais e faixas etárias. Para Mazo et al. (2001), a falta de movimento deve-se, muitas vezes, aos recursos tecnológicos (informática, televisão, vídeo game, dentre outros). As atividades da vida diária na sociedade tecnicamente desenvolvida, apesar de proporcionarem conforto e maior produtividade, não fornecem trabalho físico suficiente para estimular o sistema cardiorrespiratório e muscular, havendo a necessidade de uma prática regular de atividade física para manter a capacidade funcional.

Nahas (2001, p.25) afirma que “a inatividade física representa uma causa importante de debilidade, de reduzida qualidade de vida e morte prematura nas sociedades contemporâneas, particularmente nos países industrializados”. E ainda chama a atenção para o

fato de que o risco populacional atribuído a inatividade (60% da população adulta é inativa) é bastante alto e precisa ser elevado a sério pela saúde pública. O mesmo autor menciona que a inatividade física é mais comum entre mulheres, idosos, pessoas de baixo nível econômico e menor escolaridade.

De acordo com Mazo et al. (2001, p.105) “o sedentarismo ocorre em todas as faixas etárias, mas na velhice ele pode ser mais acentuado, devido à crença popular de que com o processo de envelhecimento deve-se diminuir a intensidade e quantidade de atividades físicas. Esta redução também pode ocorrer pelo receio de prejudicar a saúde e pelo medo da morte”. E que uma pessoa é considerada sedentária “desde que tenha um estilo de vida com um mínimo de atividade física equivalente a um gasto energético (trabalho + lazer + atividades domésticos + locomoção) inferior a 500 quilo caloria por semana (kcal/sem)”. Para uma pessoa ser considerada moderadamente ativa, ela deve realizar atividades físicas que acumulem um gasto energético semanal de, pelo menos, 1.000 kcal. Isto corresponde, aproximadamente, a caminhar a passos rápidos por 30 minutos, cinco vezes por semana (NAHAS, 2001).

Powers e Howley (2000) também alertam que a inatividade física tornou-se um grande fator de risco para a população e enfatizam estudos que mostram que os sedentários têm quase o dobro de chance de apresentar doença coronariana em comparação com os fisicamente ativos. O fato de um número considerável da população ser inativa, segundo os autores acima, indica o enorme impacto que a alteração dos hábitos da atividade física pode ter, especialmente, sobre a redução de mortes devido a doenças coronarianas.

Nos dias de hoje não se discute mais se a atividade física habitual tem relação com a saúde, já que estudos enfocando indivíduos, grupos e comunidades indicam, claramente, existir uma associação inversa entre os níveis de atividade física e a incidência de diversas doenças, como a hipertensão, a obesidade, o diabetes, a doença arterial coronariana, a

depressão e ansiedade. Também afirma que um estilo de vida ativo reduz o risco de morte prematura por todas as causas, ajuda no controle de peso corporal, no desenvolvimento e manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis, bem como, ajuda s indivíduos idosos a manter a força muscular e o equilíbrio, dando-lhes mobilidade e reduzindo as quedas, e promove o bem-estar psicológico e a auto-estima. Além disso, existem fortes evidências de que os indivíduos ativos fisicamente têm uma expectativa ampliada de anos de vida produtiva e independente, e que os custos relativos à saúde pública podem ser sensivelmente menores em populações mais ativas fisicamente.

3.3.2 Atividade Física, Aptidão Física e Envelhecimento

Atividade Física e aptidão física têm sido associadas ao bem estar, à saúde e à qualidade de vida das pessoas em todas as faixas etárias, principalmente na meia idade e na velhice. Entretanto, estas muitas vezes têm sido confundidas com exercício físico.

De acordo com Nahas (2006), atividade física é definida como um conjunto de ações que um indivíduo ou grupo de pessoas praticam envolvendo gasto de energia e alterações do organismo, por meio de exercícios que envolvam movimentos corporais, atividades mentais e sociais, de modo que terá como resultados os benefícios à saúde. Além de beneficiar a capacidade funcional, o exercício físico promove melhora na aptidão física. No idoso os componentes da aptidão física sofrem um declínio que pode comprometer sua saúde. A aptidão física relacionada à saúde abrange diversos elementos que são de extrema importância para uma vida ativa, evitando assim os problemas de saúde associados á inatividade física, como obesidade, doenças cardiovasculares etc. De acordo com Nahas tais componentes são: “força e resistência muscular, flexibilidade, resistência aeróbica e composição corporal” (NAHAS, 2006, p 43).

A prática de atividade física também promove a melhora da composição corporal, a diminuição de dores articulares, o aumento da densidade mineral óssea, a melhora da utilização de glicose, a melhora do perfil lipídico, o aumento da capacidade aeróbia, a melhora de força e de flexibilidade, a diminuição da resistência vascular (MATSUDO, 2001). E, como benefícios psicossociais encontram-se o alívio da depressão, o aumento da autoconfiança, a melhora da auto-estima (NERI, 2001).

O tipo de exercício físico recomendado para idosos no passado era mais o aeróbio pelos seus efeitos no sistema cardiovascular e controle destas doenças, além dos benefícios psicológicos (OKUMA, 2002).

A indústria cultural pelos meios de comunicação encarrega-se de criar desejos e reforçar imagens padronizando corpos. Olhares voltam-se ao corpo na contemporaneidade sendo moldado por atividades físicas, cirurgias plásticas e tecnologias estéticas. (RUSSO, 2005)

Dessa forma é necessário trabalhar a aptidão física relacionada à saúde como forma de capacitar o que se deve ou não fazer para manter um estilo de vida saudável obtendo assim auto-estima e aceitação de sua própria imagem. Niemann (1986) sugeriu a seguinte definição de aptidão física:

“Aptidão física é um estado dinâmico de energia e vitalidade que permite a cada um não apenas realizar as tarefas diárias, as ocupações ativas das horas de lazer e enfrentar emergências imprevisíveis sem fadiga excessiva, mas também ajuda a evitar doenças hipocinéticas, enquanto funcionando no pico da capacidade intelectual e sentindo uma alegria de viver”. (NIEMANN, apud BARBANTI, 1999, pág.12).

O corpo, se visto como uma máquina precisa de movimento. E, de fato, o corpo é uma máquina. O ócio pode até ser produtivo, mas não para o corpo, especialmente em fase de envelhecimento, pois quanto menos o ser humano se movimentar, menos se movimentará. Já dizia Platão que a falta de atividade destrói a boa condição de qualquer ser humano, enquanto o movimento e o exercício físico metódico o salva e o preserva (FENTON, 1996).

Assim, é de fundamental importância o incentivo e motivação aos idosos para a prática da atividade física regular, com vistas à promoção da saúde e do desempenho, através de diferentes formas, direcionando ao prazer pessoal, além de informação acerca da sua importância, do comportamento de ação e manutenção da atividade, bem como a sua conscientização da necessidade de movimentar o corpo.

3.3.3 Os benefícios da atividade física no processo de envelhecimento

Os benefícios da atividade física regular estão presentes nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, pois ao envelhecer os idosos enfrentam problemas como: solidão, ausência de objetivos de vida e de atividades ocupacionais, sociais, de lazer, artístico-culturais e físicas. A atividade física regular auxilia na reintegração destes na sociedade, melhora o seu bem-estar geral e, conseqüentemente, diminui a taxa de morbidade e da mortalidade. Embora haja unanimidade com relação ao caráter essencial da atividade física regular para o funcionamento ótimo do corpo, não se pode deixar de considerar também fatores extrínsecos como dieta (OKUMA, 1998; MAZO et al., 2001).

Segundo Nahas (2001) os benefícios da atividade física a partir da meia idade podem ser analisados na perspectiva individual (incluem aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais) ou da sociedade como um todo.

No aspecto fisiológico ocorre: controle de níveis de glicose; estimulando para ativação de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina); melhor qualidade do sono; maior eficiência e capacidade aeróbica (ou cardiorrespiratória), o que confere à pessoa mais disposição e menor risco de doenças, principalmente as cardiovasculares; manutenção ou menor perda de massa muscular e níveis gerais de força e resistência, permitindo realizar atividades diárias com mais eficiência e menor risco de lesões; melhoria ou manutenção de níveis adequados de flexibilidade, igualmente importante para as atividades domésticas e de

lazer, permitindo movimentos com maior amplitude e menores riscos de lesões; manutenção ou menor perda nos níveis de equilíbrio, coordenação e velocidade de movimento. Estes são fatores muito importantes para a segurança e prevenção de acidentes, principalmente quedas, entre pessoas com a idade avançada.

No aspecto psicológico pode-se verificar: relaxamento, redução dos níveis de ansiedade e controle do stress, melhor estado de espírito, percepção de bem-estar geral melhorada, melhor saúde mental, principalmente menor risco de depressão e melhoria cognitiva.

No aspecto social, a atividade física proporciona os seguintes benefícios: indivíduos idosos mais seguros de si; melhor integração social e cultural; maior integração na comunidade; rede social (contatos) e cultural ampliadas; funções sociais preservadas e possivelmente ampliadas.

Segundo Okuma (1998), além do significativo impacto que a atividade física regular pode ter sobre a prevenção e o tratamento de doenças crônico-degenerativas em idosos, ela tem efeitos importantíssimos na manutenção da capacidade funcional, mesmo na presença de doenças. A perda da capacidade funcional leva à incapacidade para realizar as Atividades da Vida Diária (AVDs) – como vestir-se, banhar-se, levantar-se da cama e sentar-se numa cadeira, utilizar o banheiro, comer e caminhar uma pequena distância e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), que são tarefas mais complexas do cotidiano e incluem, necessariamente, aspectos de uma vida independente, como fazer compras, cozinhar, limpar a casa, lavar a roupa, utilizar meios de transportes e usar o telefone.

A diminuição ou perda funcional leva a incapacidade funcional, que em muitos casos é consequência das perdas associadas ao envelhecimento, mas principalmente à falta ou diminuição da atividade física associada ao aumento da idade cronológica, que leva a perdas

importantes na condição cardiovascular, força muscular e equilíbrio, que são responsáveis em grande parte pelo declínio na capacidade funcional.

Em Matsudo (2001, p.138) encontramos conceitos similares para os termos capacidade ou estado funcional ou ainda função física, de acordo com os autores por ela citados:

“Wenger et al. definem capacidade funcional como a capacidade de realizar atividades da vida diária de forma independente, incluindo atividade de deslocamento, atividades de auto-cuidado, sono adequado e participação em atividades ocupacionais e recreativas. Caspersen considera a função física como a habilidade de desempenhar tarefas e atividades da vida diária. E de acordo com Heikkinen o estado funcional pode ser definido como a habilidade pessoal de desempenhar atividades necessárias para garantir o bem-estar, conceitualizando desta forma a integração de três domínios: ideológico, psicológico (cognitivo e afetivo) e social”.

Tais conceitos deixam evidente a importância de uma vida fisicamente ativa para manutenção da qualidade de vida do idoso, e o quanto à saúde e habilidade funcional são de crucial valor para a vida do indivíduo em idade avançada, já que determinam sua participação de forma independente e autônoma na sociedade.

“São as perdas no domínio cognitivo e as disfunções físicas que contribuem para a maior redução de independência do idoso, limitando suas possibilidades de viver confortável e satisfatoriamente, além de restringir sua atuação na sociedade. Isto, por sua vez, fatalmente tem reflexos nos domínios sociais e psicológicos”. (Okuma, 1998, p.55)

A questão da autonomia do idoso é um aspecto fundamental ao seu bem-estar. Esta pode ser percebida a partir de diferentes perspectivas, desde a política ou a moral, com termos que têm sido usados como sinônimos, como autodeterminação, autocontrole, auto-cuidado, controle pessoal, liberdade e independência. Segundo Ryff apud Dets (1993) a autonomia inclui a capacidade de autodeterminação, para resistir a pressões sociais, para pensar e agir de certo modo, e para avaliar o “eu” por padrões pessoais. E Heikkinen apud Matsudo (2001) considera a autonomia como uma característica que melhora a qualidade de vida e que

ênfatisa a independênciã, a capacidade de enfrentar sozinho a pr3pria vida e ter controle sobre ela.

De todos os julgamentos que fazemos nenhum 3 t3o importante quanto o que fazemos de n3s mesmos. A auto-estima positiva 3 um requisito importante para uma vida satisfat3ria, j3 que todos n3s estamos sujeitos a passar por situa33es extremamente adversas, como as chamadas crises situacionais, que podem rebaixar momentaneamente a auto-estima, especialmente na terceira idade.

3.3.4 A import3ncia da auto-estima e seus benef3cios

Independentemente da idade, sexo, forma33o cultural ou instru33o e trabalho, todos precisam ter auto-estima, pois esta afeta praticamente todos os aspectos da vida. De acordo com Clark et al. (1995), v3rios estudos psicol3gicos indicam que, enquanto a necessidade de auto-estima n3o 3 satisfeita, o preenchimento de necessidades mais amplas- criatividade, conquistas, percep33o do pleno potencial - 3 limitado.

Para Branden (2000b) a auto-estima 3 a base e o realce da vida, ou seja, uma auto-estima elevada busca o desafio e o est3mulo de metas exigentes e valiosas, que ao serem alcan3adas alimenta uma boa auto-estima. A baixa auto-estima busca a seguran3a do que 3 conhecido e pouco exigente, o que serve para enfraquecer a auto-estima. Ent3o, “quanto mais s3lida for a nossa auto-estima, mais bem preparados estaremos para lidar com os problemas que surgem em nossa vida pessoal e profissional; mais r3pido conseguiremos nos erguer depois de um tombo; mais energia teremos para recome3ar” (Idem, p.25).

Staples (1995) afirma que todos podem beneficiar-se com n3veis mais altos de auto-estima. Indiv3duos com auto-imagem positiva, que gostam de si mesmos e se aceitam, sempre manifestam sua alta auto-estima em intera33es positivas e construtivas com outras pessoas.

Por outro lado, as pessoas com baixa auto-estima sempre tentam compensar seu senso de inadequação com ações de superioridade ou inferioridade.

Entretanto, segundo Branden (2000a), a auto-estima é sempre uma questão de grau. Não existe ninguém que seja totalmente carente de auto-estima ou incapaz de desenvolvê-la. E ainda afirma que desenvolver a auto-estima é desenvolver a convicção de que somos capazes de viver e que somos merecedores da felicidade, e, portanto, capazes de enfrentar a vida com mais confiança, boa vontade e otimismo, o que ajuda a atingir nossas metas e a sentirmo-nos realizados. Desenvolver a auto-estima, segundo o autor acima, significa confiar nas próprias idéias e expandir a nossa capacidade de ser feliz.

Branden (2000b) ainda ressalta que o valor da auto-estima não está apenas no fato de ela permitir que nos sintamos melhor, mas por permitir que vivamos melhor, respondendo aos desafios e às oportunidades de maneira mais rica e mais apropriada. A auto-estima influencia nossos atos, bem como a maneira como agimos influencia o nível da nossa auto-estima. Com uma auto-estima elevada é, mais provável que o indivíduo persista diante das dificuldades e/ou nas tarefas um tempo significativamente maior do que os sujeitos com baixa auto-estima.

3.3.5 A auto-estima, atividade física e o envelhecimento

Autores como Berger (1995); Petruzzello et al. (1991); Swoap et al. (1994); Biddle (1995); MacAuley e Rudolph (1995); Youngstedt et al. (1997); Van Boxel et al. (1997); Wood et al. (1995) Okuma (1998, 1999); Arente et al. (2000), citados por Matsudo (2001), relatam evidências dos efeitos da atividade física e do exercício sobre os aspectos biológicos ligados à saúde, bem como, aos aspectos psicológicos e sociais do envelhecimento, tais como: melhora do auto-conceito; melhora da auto estima; melhora do humor; melhora da imagem corporal; desenvolvimento da auto-eficácia; diminuição do estresse e da ansiedade; melhora

da tensão muscular e da insônia; diminuição do consumo de medicamentos; melhora das funções cognitivas e da socialização.

Os estudos sobre auto-estima, auto-conceito e auto-imagem têm apontado para o fato de que há uma estreita relação entre atividade física e essas variáveis. Embora pouco tenha sido estudado a respeito da relação atividade física e saúde psicológica na população idosa, cujo enfoque dá-se, particularmente, na população adulta jovem e de meia-idade. Não obstante a carência de dados mais específicos relativos às diferentes faixas etárias, os resultados fornecem referências importantes para a compreensão de tais efeitos em pessoas idosas, como indica a própria Internacional Society of Sport Psychology através de seu Painel de Consenso (OKUMA, 1998).

Segundo a autora citada acima, atualmente, alguns estudiosos estão tentando entender tal relação entre indivíduos em idade avançada, como Berger e McInman (1993), ao mostrarem que idosos praticantes de atividade física têm características de personalidade mais positivas do que idosos não praticantes, bem como, tendem a ter melhor saúde, grande habilidade para lidar com situações de stress, tensão e atitudes mais positivas com relação ao trabalho. Gallahue e Ozmun (2001), sugerem que a possibilidade da pessoa ter uma vida fisicamente ativa, ser capaz de realizar as atividades da vida diária e exercitar-se são fatores que podem ter efeitos positivos sobre o que ela sente, sobre sua auto-avaliação e sobre como os outros as vêem.

Estudos realizados por Crew e Landers, Plante e Rodim, Steptoe et al. apud Guedes e Guedes (1998) também têm demonstrado que o nível de prática de atividade física e o bem estar psicológico parecem positivamente associados, verificando-se que o exercício físico pode aumentar a disposição de ânimo e diminuir a tensão provocada por situações estressantes, promover a auto-estima, o auto-conceito e a auto-confiança.

Muitos idosos subestimam seus potenciais físicos e motores, em função do amplo sentimento negativo que vigora na sociedade a respeito da velhice, incorporando um sentimento de incompetência para o movimento. Por isso, Berger e McInman apud Okuma (1998) entendem que sentimentos de auto-eficácia, quando presentes na prática da atividade física de idosos, levam-nos a sentir-nos competentes e capazes de lidar com as demandas do meio, aumentando sua intenção com o meio, além de sua auto-estima. Também Brown e Harrison (1986), citados pela mesma autora, ao estudarem os efeitos de um treinamento de força sobre o auto-conceito em mulheres jovens e maduras, observaram um significativo aumento nos escores do auto-conceito físico e auto-conceito de satisfação, os quais determinam um alto escore positivo total, indicando um aumento significativo da auto-estima global, para ambas as faixas etárias. Tal resultado parece reforçar os efeitos positivos da atividade física sobre os componentes afetivos.

Okuma (1998) menciona também o trabalho desenvolvido por Runskanen e Ruoppila que, ao entrevistarem 1.224 idosos finlandeses vivendo na comunidade, com idade entre 65 e 84 anos, com o intuito de analisar a relação entre atividade física e bem-estar psicológico, observaram o seguinte: a) o envolvimento com a atividade física decresce com a idade, especialmente entre as mulheres; b) somente 20% desses idosos não praticavam nenhum tipo de atividade física, a não ser as atividades da vida diária; c) existe uma relação positiva entre depressão e ausência de atividade física regular; e d) a satisfação com a vida e percepção subjetiva do bem-estar físico estavam significativamente relacionadas com a atividade física e sua intensidade. Os autores concluem que o envolvimento com a atividade física pode promover percepções positivas do bem-estar psicológico entre idosos, e que o bem-estar psicológico parece ser um importante preditor para que o indivíduo permaneça fisicamente ativo com o avançar da idade.

McAuley apud Okuma (1998), ao analisar publicações nas quais encontrou uma associação positiva entre auto-estima e atividade física, chama a atenção para o fato de que a maioria dos estudos apresentou falhas metodológicas, experimentais, estatísticas e conceituais. Porém, ainda ressalta que os estudos que analisaram a auto-estima e a atividade física a partir de uma visão multidimensional, sugerem a existência de associações positivas confiáveis entre a auto-estima e atividade física. Estudos também feitos por McAuley e Rudolph (1995) citados pela mesma autora, indicam que a atividade física e o bem-estar psicológico, estão fortemente relacionados, porém afirmam que ainda não foi possível verificar se essa relação é casual. E concluem que efeitos positivos sobre o bem-estar psicológico estão relacionados com a participação dos idosos em programas sistemáticos de atividade física.

Embora ainda existam muitas questões a serem respondidas em relação ao papel da atividade física no processo de envelhecimento, já há muitos dados que configuram seu benefício incontestável para aqueles que a praticam, em relação à saúde física, mental, psicológica e social. Há dados suficientes para afirmar que há uma associação forte e positiva entre ambos, garantindo às pessoas que se mantêm ativas, por vários anos de sua vida adulta, a continuidade da funcionalidade física por um tempo mais longo do que para aquelas que se tornaram inativas ou sempre foram sedentárias. Está evidente também a possibilidade de retardamento do declínio normal associado ao envelhecimento, de um agravamento mais lento das doenças associadas à idade, da precaução de certas doenças de início tardio e de relativa possibilidade de recuperação de certas disfuncionalidades, uma vez instaladas (PESCATELLO & DI PIETRO apud OKUMA 1998).

Portanto, os benefícios da atividade física são evidentes igualmente para o domínio das capacidades cognitivas e psicossociais. Reconhece-se sua forte relação com o bem-estar psicológico, comumente indicado por sentimentos de satisfação, felicidade e envolvimento.

Sabe-se também que pessoas que estão seguras de que dispõem das competências necessárias para um adequado funcionamento intelectual, físico, afetivo e social, ou seja, que se sentem eficazes são beneficiadas no que tange à auto-estima e aos motivos de realização.

4. METODOLOGIA

4.1 Caracterização da Pesquisa

Para o cumprimento dos objetivos anteriormente citados foi utilizada a pesquisa do tipo descritiva, que segundo Gil (1994, p.44) “tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis”, caracteriza-se também como qualitativa que segundo Goldenberg (Apud PORTELA, 2004) se preocupa com o aprofundamento da compreensão de um grupo social.

4.2 População e amostra

A população do estudo é composta por idosas da cidade de João Pessoa – PB.

A amostra da pesquisa foi formada 50 idosas, sendo 25 delas praticantes de atividades físicas (G1) e 25 não praticantes (G2) da UFPB, situada no Bairro Jardim Cidade Universitária, na cidade de João Pessoa – PB, e que se enquadravam nos seguinte pré-requisito: ter idade igual ou superior a 60 anos.

4.3 Instrumentos para Coleta de Dados

Para a coleta de dados utilizamos três instrumentos: o primeiro foi uma entrevista composta por 20 questões subjetivas e objetivas formuladas pela autora e seu orientador (Anexo A), como objetivo fazer um levantamento com relação às características sociodemográficas, socioeconômicas e domiciliares das idosas pesquisadas. Para auxiliar na

captação das respostas destes instrumentos foi utilizado um gravador para apreensão total das informações e falas das idosas. Os dados foram divididos em três seções, descritas a seguir:

No status sociodemográfico foram consideradas duas variáveis. O estado civil foi definido em seis categorias: a) casado; b) solteiro; c) união consensual; d) divorciado; e) desquitado; e f) viúvo. O outro segmento compreende um intervalo etário: a) idosos jovens, de 60 a 70 anos de idade; e b) idosos velhos, com 70 anos e mais de idade.

O status socioeconômico foi mensurado através da escolaridade obtida, ou seja, pela condição de alfabetismo ou de analfabetismo. A raça se incorporou como variável com duas categorias: de raça branca ou de raça não branca.

O status domiciliar familiar foi medido pelas diferentes variáveis: a) grupo familiar no domicílio; b) a condição de parentesco; e quantidade de arranjos nucleares no domicílio.

O segundo instrumento foi o SMT (Silhouette Matching Task) ou Teste para avaliação da Imagem Corporal (Anexo B) proposto por Stunkard et al. (1983) e adaptado por Marsh e Roche (1996), composto por quatro questões e seqüências gradativas de 12 imagens representando desde a mulher mais magra até a mais obesa. As questões se referiam à percepção corporal que as idosas têm atualmente, a que gostaria de ter, a que tinha há um ano atrás e as que as pessoas avaliam delas.

O último questionário aplicado foi a Escala de Medida da Imagem Corporal (Anexo C), criada por Souto (1999), adaptada pela autora e seu orientador, com a qual visou identificar as percepções das idosas sobre o próprio corpo e a maneira como essas percepções são vivenciadas por elas. A escala, em sua versão modificada, ficou composta por 22 itens. O instrumento foi disposto em uma escala tipo Likert, com cinco pontos: nunca, raramente, às vezes, freqüentemente e sempre.

Considerando que nem todos os participantes do estudo sabiam ler, optamos por aplicar individualmente cada instrumento citado acima, explanando assim as dúvidas subseqüentes.

4.4 Procedimentos para Coleta de Dados

A presente pesquisa foi submetida ao CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) de protocolo N° 0299 e teve a sua aprovação conforme a certidão datada em 09/07/2008. (Anexo D).

Os instrumentos foram aplicados nos dias de aula de Hidroginástica dos Projetos de Extensão da Universidade Federal da Paraíba-UFPA aos praticantes de atividade física. E aos não praticantes, os instrumentos para coleta de dados foram aplicados às avós e mães de alunos que acompanhavam seus netos e filhos a aulas de natação no mesmo horário. Totalizando assim três dias para a realização desta fase da pesquisa.

4.5 Tratamento e análise dos dados

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva qualitativa, onde os materiais registrados e as situações observadas foram revistos na sua totalidade e transcritos através de interpretações e comparações transformadas em categorias, expressando a opinião dos entrevistados aonde se chegou à conclusão do estudo que beneficiará todos que estão direta ou indiretamente envolvidos neste processo.

As entrevistas foram transcritas integralmente, respeitando-se as construções das frases, os erros gramaticais, as repetições, as pausas e os titubeios ocorridos durante a fala.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados alcançados referem-se às 50 pessoas pesquisadas, 25 praticantes de atividades físicas (G1) e 25 não praticantes (G2), não podendo ser generalizados para toda a população idosa do município de João Pessoa – PB.

5.1 CATEGORIA: A percepção de si

Na tabela 1 foi feita a distribuição das pessoas segundo a condição atual de idade e IMC (Índice de Massa Corporal).

Tabela 1: Distribuição de Idade e IMC.

	PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA (G1)	NÃO PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA (G2)
IDADE.....		
60 – 70 ANOS.....	18	19
MAIS DE 70 ANOS.....	7	6
IMC.....		
20-25 kg/m ² (normal).....	11	12
25-30 kg/m ² (excesso de peso).....	11	12
30-35 kg/m ² (obesidade leve).....	3	1

FONTE: Dados da pesquisa, 2008.

Ao analisarmos os indivíduos investigados, foi observado que o grupo de idosos praticantes de atividades físicas (G1) e o grupo de idosos não praticantes de atividade física (G2) estão bastante realistas quanto a sua percepção corporal.

A imagem apontada por cada uma das 22 participantes do G1 e 23 do G2 condiz com a realidade, não fugindo dos padrões de IMC (Índice de Massa Corporal) adotados pelo Ministério da Saúde. Foi notado que as idosas, em sua maioria compreendem a faixa de idade entre 60 e 70 anos e estão com os níveis de IMC entre normal e excesso de peso (normal – 20 a 25 kg/m² e excesso- 25 a 30 kg/m²), valores considerados dentro da zona de normalidade vistos os problemas de saúde e disfunções hormonais ocasionados pela menopausa e faixa etária. Apenas quatro participantes, três integrantes do G1 e apenas uma do G2, das 50 entrevistadas não foram condizentes em relação a sua percepção corporal e a realidade, vista que estas se viam abaixo do peso que realmente lhes convém, tendo os níveis de IMC acima do normal, acarretando uma obesidade de grau I (30 a 35 kg/m²).

Novaes (2000 apud BALESTRA, 2002) relata que esta diferenciação pode estar relacionada com a forma como cada idoso vê e sente o seu próprio corpo e, conseqüentemente, como afirma Lowen (Apud BALESTRA, 2002, p.55-56), “[...] com o estilo de interpretação, de renovação e de adaptabilidade [...]” de cada pessoa frente às mudanças biopsicossociais acumuladas ao longo dos anos.

Por falta de sensibilidade, as pessoas não percebem seus limites, seus toques, sua fala. O corpo fala, mostra de maneira clara, seu cansaço e o esforço exagerado. Mas as pessoas embrutecidas, não percebem que a qualidade de vida está extremamente ligada à necessidade da percepção corporal, de sentir o corpo e entender a sua linguagem.

A falta da percepção corporal está intimamente ligada ao valor fundamental que a pessoa dá a si mesma. As pessoas têm que passar a existir dentro de suas vidas. Com essa sintonia, estarão atentas às solicitações do corpo físico. Mas com uma baixa auto-estima as pessoas não atendem, pois não gostam de si e preferem voltar a atenção a competitividade do mundo externo.

Alguém que não se aceita, se sente incapaz fisicamente, não consegue enxergar suas características físicas, se sente obeso, feio, fora dos padrões sociais está em desequilíbrio emocional, o que, por sua vez, reflete-se no físico.

“A auto-imagem, auto-estima, autoconfiança e autoconceito são termos utilizados para identificar situações relacionadas à imagem corporal, como, por exemplo, a baixa auto-estima dos obesos, associada a sentimentos como tristeza e ansiedade, o que faz com que se sintam rejeitados pela sociedade dos magros e acabem por negligenciar o seu corpo, tornando-se ansiosos, nervosos, agitados, comendo mais do que necessitam.”. (GUISELINI, 2004, p.115)

Uma distorção da imagem corporal pode fazer com que a pessoa diminua a sua autoconfiança. Um corpo magro com pouca quantidade de músculo pode tornar a pessoa insegura, fazê-la encontrar dificuldades para se relacionar com grupos de pessoas que valorizam a aparência física, corpos fortes e “sarados”, como se diz popularmente, ou mesmo ter um sentimento de rejeição.

Sendo a auto-estima a base e realce da vida, uma auto-estima elevada busca o desafio e o estímulo de metas exigentes e valiosas, que ao serem alcançadas alimenta uma boa auto-estima. No entanto, o valor da auto-estima não está apenas no fato de ela permitir que vivamos melhor, respondendo aos desafios e às oportunidades de maneira mais rica e apropriada (Branden, 2000a).

Com o envelhecimento corporal e o aparecimento das limitações decorrentes do mesmo, tais como a lentidão nos movimentos, a diminuição dos reflexos e da memória, e a perda do apetite sexual, podem modificar a relação do indivíduo com o meio social no qual está inserido, estremecendo o “eu” social e a relação consigo mesmo. Além disso, podem influenciar de forma negativa ou não a auto-estima dos indivíduos idosos. Indivíduos com auto-imagem positiva, que gostam de si mesmos e se aceitam, sempre manifestam sua alta auto-estima em interações positivas e construtivas com outras pessoas, já que a auto-estima

tem a ver com os aspectos avaliativos que o indivíduo elabora a seu respeito. É o que podemos perceber na maioria das falas, como expressou um dos sujeitos do G1.

“Quando eu não fazia, não convivia com o público, eu era mais retraída, sei lá, ainda hoje, eu sou tímida, mais eu era mais. Agora, graças a Deus, estou mais solta, com mais coragem, mais força, tenho mais segurança...”

Para cinco sujeitos, a aposentadoria passou a construir esse momento, no qual se tem a oportunidade de se permitir pensar em si mesmo ou na sua existência.

“...ai quando me aposentei, eu comecei minhas atividades. Não sei se isso ainda tem..., se é com que faz com que eu tenha assim, essa atividade viva, num sabe? Ah, eu não posso beber, eu não posso... eu posso tudo, tudo o que eu fazia antigamente, com menos frequência, é claro! Mas subir numa escada, pular, ah, eu gosto. Não gosto de negócio parado. Carnaval... ah, eu gosto. O negócio de me botar num canto pra eu ta parado, não! Eu gosto de gente, de movimento, alegria, gosto de negócio parado não, não é comigo! Gosto de movimento.”. (Sujeito do G1)

A chegada da aposentadoria para este sujeito do G2, teve uma construção diferenciada.

“... Quando fiquei sabendo que poderia me aposentar corri atrás porque o que mais queria quando chegasse essa hora era ir visitar meus amigos e parentes, era sair de casa para andar. E hoje sou muito feliz porque passo o dia fora me divertindo, indo para o shopping e para a igreja.”

Essa percepção de que são fisicamente mais capazes do que pessoas muito mais jovens, os faz sentir-se mais valorizados.

“Porque olho senhoras assim, na minha idade, muito trancada, muito sentadas, muito paradas, eu não, eu sou sempre em atividade, eu me sinto muito bem graças a Deus.”. (Sujeito do G1)

A valorização não está apenas na visão física, mas também na realização de tarefas simples.

“Não faço atividades físicas mas me sinto muito bem, por poder cuidar dos meus netos, trazer e levar eles para casa de ônibus e ver eles crescer com saúde. Acho que faço isso bem melhor do que quando criei meus filhos. Sou muito orgulhosa disso.”(Sujeito do G2)

Olhar para si, ciente de suas limitações, capazes de viver com mais confiança, boa vontade e otimismo, ajuda o idoso a atingir suas metas e sentir-se mais realizado, já que faz o que quer e movimenta-se como julgam ser capazes.

“Nunca pensei em passar por momentos tão difíceis em minha vida. Meu marido adoeceu muito rápido, estava com um colapso no coração que não sabíamos que existia porque nunca sentiu nada... tive que viajar as pressas para São Paulo com meus filhos para ele fazer a cirurgia, não agüentei ver ele daquele jeito e adoeci, fiquei internada no mesmo hospital, com nervoso. Quando ele melhorou ele ficou no mesmo quarto que eu. O médico disse que era o quarto do casal vinte (risos). Ele tava muito feliz porque tinha acabado de falar com meu filho que tava aqui, mas quando deu 4hs da manhã ele começou a tossir e morreu do meu lado. (Choro). E hoje estou aqui cuidando da nossa casa e dos nossos netos, fazendo todos os serviços domésticos e pintando para esquecer dos problemas e do vazio. Mas tenho fé que tudo vai passar e eu vou descobrir que sou mais forte que isso. Se você tivesse me conhecido antes ia ver como emagreci por causa disso.”. (Sujeito do G2)

5.2 CATEGORIA: Como o outro tem me percebido...

Gallahue & Ozmun (2001) sugerem que a possibilidade da pessoa ter uma vida fisicamente ativa, ser capaz de realizar atividade da vida diária e exercitar-se, fatores que podem ter efeitos sobre o que ela sente, sobre sua auto-avaliação e sobre como os outros a vêem.

A tabela 2 retrata a forma como os outros, na visão das idosas, avaliam a sua imagem corporal.

Tabela 2: Como os outros avaliam a aparência física das idosas na visão das mesmas.

	G1	G2
COMO AS IDOSAS ANALISAM QUE OS OUTROS AVALIAM A APARÊNCIA FÍSICA DAS IDOSAS		
MAIS MAGRAS.....	13	12
MAIS GORDAS.....	5	8
IGUAL.....	6	5

FONTE: Dados da pesquisa, 2008.

Como mostra a tabela, as idosas do G1 crêem que as pessoas as vêem mais magras fisicamente, mais belas e com uma aparência bastante jovial. Em relação às do G2 houve uma tendência maior que a do G1 quando relacionada a esta avaliação, as idosas do grupo pesquisado afirmam que aparentam estar mais gordas.

“...elas dizem que eu estou mais gorda que antes, porque antes eu era como você (entrevistadora) bem magrinha, mas depois que me aposentei relaxei, não ando mais e fico muito em casa. Mas eu acho que não tô gorda não, elas é que dizem.” (Sujeito G2)

As falas das quais emergem o modo como os outros passaram a perceber aos que praticam a atividade física, são aquelas que denotam as mudanças mais visíveis. Isso, para todos os sujeitos entrevistados no G1, estimulou ainda mais a permanência na atividade.

“Têm me visto assim... mais alegre, mais disposta, né! Quando eu saio, assim, ela diz: ‘Ah, menina, agora ela ta é saída! Ta saindo logo cedinho, ta muito bom, to vendo que isso é bom demais!’ Tão me vendo muito bem.”

Também, algumas idosas demonstraram na fala a satisfação de ser considerado exemplo para os mais jovens ou para seus familiares, na medida em que o outro vê em si disposição, alegria e por conseguirem realizar muitas atividades apesar da idade.

“... elas acham que eu sou exemplo por causa da minha idade, têm pessoas bem mais novas que não têm a resistência que eu tenho, então eu estou

sempre dando entrevista, conversando com pessoas, e todas se admiram que eu com essa idade ter essa disposição que eu tenho. Eu me sinto assim, e todas as pessoas que me conhecem, acham a mesma coisa. Eu já passei por diversos problemas de saúde e consegui me recuperar até o médico disse: 'Isso ai tudo é lucro', então eu faço tudo o que as outras pessoas bem mais jovens do que eu faz, faço e faço muito bem, então eu acho que é isso, é minha força de vontade eu gostar da vida e gostar da dança, da ginástica. Então isso me ajuda muito. ... elas acham que eu sou exemplo." (Sujeito do G1)

As pessoas que gostam de si, segundo Staples (1995), podem beneficiar-se com níveis mais altos de auto-estima, e sempre as manifestam em interações positivas e construtivas com outras pessoas.

"Os meus familiares e minhas companheiras de igreja acham que a minha vida é especial, é diferente, e acham que eu tenho uma mente toda moderna, porque aonde eu chego, sei agir, sei falar, e sei expressar tudo que sinto de bom, fazendo meus passeios, e participando de tudo com positividade e levando o convite a muitas e muitas pessoas, que elas também sejam mais felizes com elas mesmas assim como eu sou." (Sujeito do G2)

É interessante também ressaltar que as idosas do Grupo praticantes de atividade física apontaram que a atividade física fez com que o estereótipo social que tinham interiorizado fosse abandonado aos lhes restituir as possibilidades do uso do corpo, dando-lhes mais disposição para agir no mundo.

"É, Graça principalmente, aquela que trouxe a gente: 'Ah, Maria José, você está outra' e mesmo minhas irmãs. Ontem eu vinha com elas, deixei elas atrás me olhando: 'Olhe mais você está é bem!, o corpo mais ereto!' Os efeitos acontecem, graças a Deus! (pausa) Outra coisa que me incentiva é a professora, você sabe! Você é professora também! É... que faz a gente... sei lá, ver mais né? A maneira da professora, o ser dela e as colegas também". (Sujeito do G1)

Há evidências de que pessoas idosas que têm um estilo de vida mais ativo tendem a ter melhor saúde, grande habilidade para lidar com situação de estresse e tensão e desenvolver uma auto-estima, e que a prática constante e moderada de exercícios físicos, juntamente com hereditariedade, alimentação adequada e hábitos de vida apropriados podem melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Segundo Guiselini (2004), saúde e doença estão lado a lado, num limite se proximidade muito grande, pois a ausência de uma é a predominância de outra. Quando a doença passa a existir, as pessoas não medem esforços para se livrar dela; deveria ser o contrário, “as pessoas não medem esforços para terem saúde”. A saúde se identifica com uma multiplicidade de aspectos do comportamento humano, voltados a um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

Portanto, os benefícios da atividade física são evidentes igualmente para o domínio das capacidades cognitivas e psicossociais. Reconhece-se sua forte relação como bem-estar psicológico, comumente indicado por sentimentos de satisfação, felicidade e envolvimento. Sabe-se também que pessoas que estão seguras de que dispõem das competências necessárias para um adequado funcionamento intelectual, físico, afetivo e social, ou seja, que se sentem eficazes, são beneficiadas no que tange à auto-estima e aos motivos de realização.

5.3 CATEGORIA: Fatores que determinam a visão da Percepção Corporal das Idosas

Durante a pesquisa com este grupo social, podemos perceber que diversos fatores influenciam na percepção corporal das idosas. A Tabela 3 mostra as capacidades funcionais, que é um dos fatores que determinam a visão das mesmas.

Tabela 3: Capacidades Funcionais das idosas

O QUE FAZ QUANDO ESTÁ EM CASA?	G1	G2
ATIVIDADES DOMÉSTICAS	20	19
ARTESANATO.....	5	1
OUTROS.....	0	5

FONTE: Dados da pesquisa, 2008.

Durante a pesquisa percebeu-se que todas as entrevistadas são adaptadas aos trabalhos domésticos onde desempenham suas atividades da vida diária (AVDs) que, segundo Paschoal (Apud BENTO, 1999, p. 30), são classificadas como: (1) atividades básicas da vida diária – tarefas próprias do autocuidado, como se alimentar, vestir-se, controlar os esfíncteres, banhar-se, locomover-se etc; (2) atividades intermediárias da vida diária – indicativas de capacidade para levar uma vida independente na comunidade, como realizar tarefas domésticas, fazer compras, administrar as próprias medicações, manusear dinheiro etc; e (3) atividades avançadas da vida diária – marcadoras de atos mais complexos, e em grande parte, ligados a automotivação, como trabalho, atividades de lazer, contatos sociais e exercícios físicos etc. Desta forma, todas as idosas dos Grupos 1 e 2 foram classificadas como detentoras de capacidades funcionais excelentes.

Outro fator que determina a percepção corporal é vontade de ser diferente fisicamente, veja os dados colhidos na Tabela 4.

Tabela 4: Como as idosas gostariam de ser fisicamente.

	G1	G2
COMO EU GOSTARIA DE SER?		
MAIS MAGRAS.....	16	22
MAIS GORDAS.....	1	2
IGUAL.....	8	1

FONTE: Dados da pesquisa, 2008.

Pode-se perceber com esta tabela que apesar das idosas afirmarem estar satisfeitas com o seu corpo e com sua imagem corporal existe uma pretensão de estarem mais magras fisicamente. Podemos justificar esses resultados a uma busca por um corpo ideal, que segue um padrão imposto pela mídia e que leva a uma preocupação excessiva não só em relação a um grupo social mais jovem, mas também aos grupos de idosos.

De acordo com esta pesquisa pode-se observar que as idosas assim como os demais grupos sociais, também estão em busca do sentir-se bem fisicamente, esteticamente e mentalmente. Isto está refletindo nos cuidados com a saúde e aparência, seja com a prática de atividades físicas regulares, ou apenas com controle da dieta.

“... ah, qual é a mulher que não gosta de vestir uma roupa sentir bonita, eu adoro! Quando passo ali na farmácia adoro me pesar para ver se continuo em forma.” (Sujeito do G1)

Segundo Nahas (2001), nos dias de hoje, não se discute mais se a atividade física habitual tem relação com a saúde, já que estudos indicam existir uma associação inversa entre os níveis de atividade física e a incidência de diversas doenças. Os benefícios da atividade física ao partir da meia idade podem ser analisados nos aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, como expressaram a maioria dos sujeitos em suas falas.

“Eu não ia à praia porque tinha vergonha de usar roupas de banho, “por causa do meu corpo. Hoje vou à praia quase todos os dias caminhar pela manhã, e uso maiôs e tenho até um biquíni que me acho muito sensual nele (risos). Estou me sentindo muito bem!”. (Sujeito do Grupo 1)

“Quando eu trabalhava eu vivia com intestino preso, porque eu não tinha tempo de comer direito. Agora que estou em casa cuido mais da minha comida preparo umas verdurinhas, e muitas folhas verdes que meu medico passou para meus ossos, e já sinto meu intestino muito melhor.”. (Sujeito do Grupo 2)

Para Guiselini (2001), por diversas razões, as pessoas necessitam ter uma boa aparência física, uma vez que no mundo em que vivem e em particular em determinadas situações do convívio social, ser bonito, esteticamente correto, com uma aparência saudável, é um aspecto fundamental.

A capacidade funcional, em estudos da população idosa é, geralmente, dimensionada em termos de autonomia e de independência para realizar atividades cotidianas requeridas

pelo entorno imediato do indivíduo. Assim, os conceitos de autonomia e independência assumem grande relevância na velhice. Autonomia pode ser entendida como a capacidade de tomar decisão de comando, ou seja, a facilidade de governar a si mesmo; e a independência como a aptidão para realizar algo por seus próprios meios (PASCHOAL apud BENTO, 1999).

Desta forma, a capacidade funcional se apresenta como um dos grandes componentes da saúde do idoso e mais recentemente, “vem emergindo como um componente-chave para a avaliação da saúde dessa população [...]” (CORNONI-HUNTLEY et al., apud LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003, p. 741).

As mudanças no bem-estar e na disposição geral, a melhora na aptidão e no desempenho das atividades da vida diária, as sensações corporais agradáveis – como conforto, relaxamento e ausência de dores e de cansaço -, a maior disposição, a alteração de quadros de doenças, com supressão ou diminuição do uso de medicamentos, resgataram a condição de eficiência e autonomia, levando os idosos a serem novamente abertos para o mundo.

“É claro que se sente mais disposto para tudo. Cada dia que eu faço as atividades, sinto que meu corpo fica mais perfeito, mais forte, mais vigoroso para tudo o que vou enfrentar.”. (Sujeito do G1)

Outro fator levantado pelos sujeitos da pesquisa tanto os praticantes como os não praticantes de atividade física foi o convívio social, a importância de poder sair e conhecer pessoas novas, o desejo de conviver socialmente sem preconceitos.

“Realizada. Sinto-me realizada, participando das aulas. Também melhorou muito a minha vida, pelo menos para eu conhecer melhor as pessoas, trocar idéias, rir, conversar. Eu acho que a gente ficar trancado em quatro paredes, é que não dá.”(Sujeito do G1)

“Trazer os netos para cá é muito bom, é sair de casa para passear. Você conhece pessoas, faz muitas amizades, e eu não sei viver sozinha, eu tenho

que viver no meio de gente, isso eu acho ótimo. (pausa) Só tenho preguiça de ir pra ali e entrar naquela piscina de água gelada. Mas ta muito bom aqui no meu cantinho. To feliz.” (Sujeito do G2)

Para as idosas não praticantes de atividade física os fatores que determinaram a razão da percepção corporal são determinados pelos excessos de trabalhos domésticos realizados pelas mesmas e o cuidado com a alimentação. As ocupações domésticas como lavar e passar roupa, limpar a casa, lavar a louça, cuidar das crianças etc., nesta faixa etária, são consideradas como uma mudança importante na direção de um estilo de vida saudável.

Atualmente as pessoas adquirem hábitos indesejáveis, prejudiciais a saúde, encontram dificuldade em proceder as mudanças necessárias para uma melhor qualidade de vida. É necessário que os idosos realizem muitas das suas atividades comuns do seu dia-a-dia frequentemente, pois é o primeiro passo para sair do sedentarismo e trazer benefícios para a saúde, tendo assim uma qualidade de vida melhor.

5.4 CATEGORIA: Características Psicossociais

O grupo de idosas estudado nesta pesquisa de um modo geral apresentou características psicossociais bastante favoráveis em termos de valores auto-suficientes, não demonstrando assim diferenças no seu desenvolvimento. Veja na tabela a seguir.

Tabela 5: Dados Psicossociais.

	G1	G2
TRABALHAM FORA.....		
SIM.....	5	4
NÃO.....	20	21
ARRANJO DOMICILIAR.....		
CASAL SEM FILHOS.....	6	4
CASAL COM FILHOS.....	8	10
SEM CÔNJUGUE.....	1	0
SEM CÔNJUGUE, SEM FILHOS E COM PARENTES..	1	7
MORA COM PELO MENOS 1 FILHO.....	5	1
MORA COM MENORES E CÔNJUGUE.....	1	1
SOZINHA.....	3	2

FONTE: Dados da pesquisa, 2008.

Na tabela 5 podemos perceber que maioria das idosas não participa mais ativamente do mercado de trabalho, porém estão mais presentes no convívio familiar. Para este grupo estar mais próximo do marido, filhos e netos é bastante recompensador, pois se sentem mais amadas e úteis.

Notou-se que apesar da chegada da aposentadoria, que para Ilkiv (2005) é um dos fatores que mais prejudicam o desenvolvimento psicossocial deste tipo de grupo, as características psicológicas não foram desestruturadas, pelo contrário, ficaram cada vez mais sólidas visto a preocupação por parte de pessoas mais próximas e de profissionais que visam à qualidade de vida destes.

A proximidade da morte e o preconceito social citados por Gallahue & Ozmun (2001), como um declínio psicossocial, são vistos atualmente pelas idosas de uma maneira diferente como um incentivo para se viver melhor. A proximidade da morte para elas é vista como um aceleração para aproveitar e viver intensamente todos os momentos que lhes restam, seja praticando atividades físicas, cuidando dos netos ou até mesmo aproveitando o momento de ócio que há alguns anos atrás era impossível para estas pessoas.

O preconceito social é algo que está começando a ser trabalhado dentro da sociedade, pois o idoso ainda é vítima de preconceitos e discriminação, visto como um ser inútil, e não como um cidadão de bem. Segundo as entrevistadas, o idoso é um ser experiente.

“... os meus netos, e os amigos deles dizem que eu sou uma pessoa experiente, que passo para eles coisas novas. As vezes sento com meus netos no sofá para olharmos os binóculos, que eram as fotos de antigamente, pergunte a sua avó que ela sabe o que é. E eles ficam encantados e querem saber sobre tudo, é muito legal a troca de experiências...” (Sujeito do G2)

A construção de um suporte psicológico, à primeira vista invisível, porém real, no que se refere ao idoso, é responsável pelas condições que propiciam a construção da imagem corporal do mesmo. Da mesma forma é vista a posição que a sociedade impõe em receber este grupo social, influenciando assim, o desenvolvimento completo deste ser tão importante.

6. CONCLUSÕES

Ao finalizar esse trabalho, reforçou-se que a chegada da terceira idade, de uma forma geral, ainda é entendida por grande parte das pessoas que não compõe o grupo, como uma fase de degradação e perda. As alterações decorrentes do processo de envelhecimento não são vistas como mudanças adaptativas, normais ao processo de desenvolvimento, mas como acontecimento que levarão ao indivíduo a uma condição de incapacidade.

Com base nos resultados obtidos nessa pesquisa foi possível reforçar que, grande parte da população tem uma visão bastante positiva da sua imagem corporal, percebendo-se diante das suas mudanças físicas (agachamento e flexibilidade), psicológicas (alegria e bem-estar), biológicas (melhorou a constipação e maior disposição) e sociais (conhecer outras pessoas e lazer), adaptando-se a realidade e reforçando a sua independência na realização das atividades da vida diária, tendo condições de continuar desenvolvendo os mais diversos papéis na sociedade.

Nesta pesquisa observamos que a alta auto-estima liberada pelo grupo estudado durante a coleta de dados comprova a desenvoltura psicológica e social desenvolvida mesmo diante dos problemas sociais relacionados ao grupo que estão inseridas. A velhice, para estas idosas, é uma fase bastante benéfica, pois este grupo social se sente muito confiante e feliz por estar vivendo este momento, que a cada dia se torna ainda mais importante.

Apesar de sabermos que a prática de atividades físicas é de fundamental importância para o bem-estar, saúde, percepção corporal e aumento da auto-estima, foi possível observar que não houve diferenças significativas em relação aos termos citados. As idosas não praticantes de atividades físicas mostraram que o principal fator para uma boa qualidade vida

está basicamente na mente e que saber conviver com as pessoas mais próximas é um excelente meio de sobrevivência.

Concluimos assim que a nossa Imagem Corporal não está no que fazemos com o nosso corpo, mas no que conseguimos fazer com a nossa mente. O nosso corpo pode parecer ou estar envelhecido fisicamente, mas a nossa mente deve estar sempre jovem e aberta para novas experiências refletindo assim em nossa auto-estima e na nossa qualidade de vida.

7. SUGESTÕES DE PESQUISAS

Com base nas reflexões que surgiram no decorrer dessa pesquisa, sugere-se que trabalhos e projetos relacionados à terceira idade sejam mais elaborados e postos em prática para esta sociedade que está cada vez maior. Projetos públicos com inclusão de atividades físicas regulares são um ótimo incentivo para uma melhor qualidade de vida a este grupo social.

Mas com intuito de ajudar na criação desses projetos sociais, sugerimos aqui alguns pontos a serem pesquisados sobre este grupo social que cresce tanto em todo o mundo e há muito a ser explorado:

- Percepção da Imagem Corporal entre praticantes de atividades físicas diferentes;
- Percepção da Imagem Corporal com praticantes e não praticantes de atividade física do sexo masculino;
- Comparações das visões da Imagem Corporal entre adolescentes, adultos e idosos.

8. REFERÊNCIAS

AMIGHI, J. et al. The meaning of movement: developmental and clinical perspectives of the Kestenberg Movement Profile. 1999. Apud TURTELLI, L. S. **Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica**. Campinas, 2003. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em <site: <http://libdigi.unicamp.br/>>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

BALESTRA, C. M. **A imagem corporal de idosos praticantes e não praticantes de atividades físicas**. Campinas, 2002. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <site:<http://libdigi.unicamp.br/>>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

BEAVOUIR, S. A velhice. 1990. Apud SANTOS, A. M. **O imaginário do envelhecer: desaprendendo mitos, preconceitos e idéias errôneas**. Bahia, 2002. Monografia (Especialização) – Universidade Federal da Bahia. Disponível em: <site:<http://psicomundo.com/tiempo/monografias/imaginario.htm>>. Acesso em: 26 de maio de 2008.

BERGSON, H. Matéria e memória: ensaio sobre a relação do corpo com o espírito. 1990. Apud MONTEIRO, P. P. **Envelhecer: histórias, encontros, transformações**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

BERGUER; MILLOUX-PIORIER. Pessoas idosas, uma abordagem geral. 1996. Apud BALESTRA, C. M. **A imagem corporal de idosos praticantes e não praticantes de atividades físicas**. Campinas, 2002. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <site:<http://libdigi.unicamp.br/>>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

BIRMAN, J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise, 1996. Apud PY, L.; SCHARFSTEIN, E. Caminhos da Maturidade: representações do corpo, vivências dos afetos e consciência da finitude. In: NERI (org.) **Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais**. Campinas: Papirus, 2001.

BRANDEN, Nathaniel. **Auto-estima e os seis pilares**. 6ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2000a.

_____. **Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo**. 37ª Ed. São Paulo: Saraiva, 2000b.

CAMPBELL, J. The body image and self-consciousness. 1998. Apud TURTELLI, L. S. **Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica**. Campinas, 2003. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <site: <http://libdigi.unicamp.br/>>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

CARPENITO, L. J. Diagnósticos de enfermagem. 1997. Apud SOUTO, C. M. **Construção e validação de uma escala de medida da imagem corporal**. João Pessoa, 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba.

CARVALHO, M. F. **A influência do grupo de terceira idade no processo de resignificação da velhice**. João Pessoa, 2002. Monografia (Especialização em Gerontologia) – Universidade Federal da Paraíba.

CLARK, Aminah; Cledes, H.; Bean, R. **Adolescentes seguros: como aumentar a auto-estima dos jovens**. São Paulo: Editora Gente, 1995.

CRUZ, R. W. S. **O significado da linguagem nos Jogos Infantis: uma semiótica da corporeidade**. João Pessoa, 2006. Dissertação (Graduação) – Universidade Federal da Paraíba.

DAMÁSIO, A. R. O erro de Descartes, 1996. Apud TURTELLI, L. S. **Relações entre imagem Corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica**. Campinas, 2003. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Pequena. Disponível em: <site:<http://libdigi.unicamp.br/>>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

_____. O mistério da consciência. 2000. apud MOTTA, R. C. **Avaliação da imagem corporal durante o processo do Rolfing®**. Campinas, 2003. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <site:<http://libdigi.unicamp.br/>>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

_____. O mistério da consciência. 2000. apud TURTELLI, L. S. **Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica**. Campinas, 2003. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <site:<http://libdigi.unicamp.br/>>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

DEPS, Vera Lúcia. Atividade e bem-estar psicológico na maturidade. In Néri, Anita L. (org.) **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP: Papyrus, 1993.

FENTON, Mark. **Entre em forma caminhando: programa progressivo de 90 dias**. Trad. Outras Palavras – Rio de Janeiro, RJ: Campus, 1996.

FISHER, S. The evolution of psychological concepts about the body. 1990. Apud SILVA; VENDITTI; MILLER. **Imagem corporal na perspectiva de Paul Schilder: contribuições para trabalhos corporais nas áreas de educação física, dança e pedagogia**. Disponível em: <site: <http://www.efdeportes.com/efd68/schilder.htm>>. Acesso em: 27 de maio de 2008.

_____. The evolution of psychological concepts about the body. In CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. (Eds.). 1990. Apud TURTELLI, L. S. **Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica**. Campinas, 2003. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <site:<http://libdigi.unicamp.br/>>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

FONSECA, V. **Psicomotricidade: filogênese, ontogênese e retrogênese**. 1998. Apud BALESTRA, C. M. **A imagem corporal de idosos praticantes e não praticantes de atividade físicas**. Campinas, 2002. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <site:<http://libdigi.unicamp.br/>>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

GALLAGHER, S. **Body achema and intentionality**. 1998. Apud TURTELLI, L. S. **Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica**. Campinas, 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <site:<http://libdigi.unicamp.br/>>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

GALLAHUE, David L; Ozmun. J. C. **Idade adulta. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. São Paulo: Phorte Editora, 2001.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3.ed. São Paulo : Atlas, 1994.

GOLDENBERG, M. (1999) **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Apud PORTELA, G.L. (2004) **Abordagens teórico-metodológicas**. Projeto de Pesquisa no Ensino de Letras para o Curso de Formação de Professores da UFES. Disponível em: <site: http://www.uefs.br/disciplinas/let318/abordagens_metodologicas.rtf/>. Acesso em: 27 de maio de 2008.

GONSALVES, E. P.; NOBREGA, A. M. G. **Fazendo uma monografia em educação**. Campinas, SP: Alínea, 2005.

GROTJHAN. Apud BEAVOUIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

GUEDES, Datargnan P.; Guedes, Joana E.. **Controle de peso corporal: composição corporal, atividade física e nutrição**. Londrina: Midiograf, 1998.

HUBNER, M. M. **Guia para elaboração de Monografias e Projetos de dissertação de Mestrado e Doutorado**. São Pulo: Pioneira Thomson Learning, Mackenzie, 2004.

ILKIV, T. F. **Avaliação da aptidão física de idosos no centro de convivência da melhor idade no município de Monte Alto**. Franca, 2005. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Franca. Disponível em: <site: <http://www.unifran.br/mestrado/promocaosaude/dissertacao/2005/>>. Acesso em: 08 de agosto de 2008.

KING, I. M. **A theory for nursing: sistems, concepts, process**. 1981. Apud SOUTO, C. M. **Construção e validação de uma escala de medida da imagem corporal**. João Pessoa, 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba.

KRUEGER, D. W. **Developmental and psychodynamic perspectives on body-image change**, 1990. Apud TURTELLI, L. S. **Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica**. Campinas, 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <site: <http://libdigi.unicamp.br/>>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

LANGLOIS, F. Q. Disfrute plenamente su vejes. 1992. Apud BALESTRA, C. M. **A imagem corporal dos idosos praticantes e não praticantes de atividades físicas**. Campinas, 2002. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <site: <http://libdigi.unicamp.br/>>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

LEMONE, P. Analysis of human phenomenon: self-concept. 1991. Apud SOUTO, C.M. **Construção e validação de uma escala de medida da imagem corporal**. João Pessoa, 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba.

LEWIS, R. N.; SCANNELL, E. D. Relationship of body image and creative dance movement. 1995. Apud TURTELLI, L. S. **Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica**. Campinas, 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <site: <http://libdigi.unicamp.br/>>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

MAUSS, M. As técnicas corporais: sociologia e antropologia. 1974. apud SILVA; VENDITTI; MILLER. **Imagem corporal na perspectiva de Paul Schilder: contribuições para trabalhos corporais nas áreas de educação física, dança e pedagogia**. Disponível em: <site: <http://www.efdeportes.com/efd68/schilder.htm>>. acesso em: 27 de maio de 2008.

MARSH, H. W. & ROCHE, L. A. Predicting self-esteem from perceptions of actual and ideal ratings of body fatness: is there only one ideal “supermodel”. 1996. Apud MATSUO, R. F.; VELARDI, M.; BRANDÃO, R. M. F.; MIRANDA, M. L. J. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**. São Paulo, v. 6, nº I, p. 3, maio. 2007. Disponível em: <site:<http://mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Cursos/Educacao_Fisica>. Acesso em: 04 de abril de 2008.

MATSUDO, Sandra M. **Envelhecimento e atividade física**. Londrina: Midiograf, 2001.

MAZO, Giovana Z.; Lopes, Marize A.; Beneditte, Tânia B. **Atividade física e o idoso**. Porto Alegre: Sulina, 2001.

MERLEAU-PONTY, M. Fenomenologia da percepção. 1999. Apud BALESTRA, C. M. **A imagem corporal de idosos praticantes e não praticantes de atividades físicas**. Campinas, 2002. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <site:<<http://libdigi.unicamp.br/>>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

MONTEIRO, P. P. **Envelhecer: histórias, encontros, transformações**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

MOTTA, R. C. **Avaliação da imagem corporal durante o processo de Rolfing**. Campinas, 2003. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <site:<[HTTP://libdigi.unicamp.br/](http://libdigi.unicamp.br/)>. Acesso em: 26 de maio de 2008.

MURRAY, R. L. E. Principles of nursing intervention for the adult patient with body image. 1972. Apud SOUTO, C. M. **Construção e validação de uma escala de medida da imagem corporal**. João Pessoa, 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba.

NAHAS, Markus V. **Atividade Física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** Londrina: Midiograf, 2001.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade Física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo** – 4 ed. rev. e atual. – Londrina: Midiograf, 2006.

NERI, A. L. **Palavras-chaves em gerontologia.** Campinas: Alínea, 2001.

NIEMANN, David C. **Exercício e Saúde,** São Paulo: Manole, 1999.

OKUMA, Siliene Sumire. **O idoso e a atividade física: fundamentos e pesquisa.** Campinas: Papirus, 1998.

OKUMA, Siliene Sumire. **O idoso e a atividade física: Fundamentos e pesquisa.** 2ª ed. Campinas: Papirus; 2002.

PAPALÉO NETTO, M.; BORGONOV, N. Biologia e teoria do envelhecimento: In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 2002.

POWERS, Scott K.; Howley, Edward T. **Fisiologia do Exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho.** 3ª Ed. São Paulo: Manole, 2000.

PRICE, B. A model for body-image care. 1990a . Apud SOUTO, C. M. **Construção e validação de uma escala de medida da imagem corporal.** João Pessoa, 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba.

_____. Body image: nursing concepts for care. 1990b. Apud SOUTO, C. M. **Construção e validação de uma escala de medida da imagem corporal.** João Pessoa, 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba.

PRUZINSKY, T.; CASH, T.F. Integrative themes in body-image development, deviance, and change. 1990. Apud TURTELLI, L. S. **Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica.** Campinas, 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <site:http://libdigi.unicamp.br/>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

PY, L.; SCHARFSTEIN, E. Caminhos da maturidade: representações do corpo, vivências dos afetos e consciência da finitude. In: NERI (org.). **Maturidade e velhice:** trajetórias individuais e socioculturais. Campinas: Papirus, 2001.

RUSO, Renata. **Imagem corporal: construção através da cultura do belo.** Revista Movimento e Percepção, v 5, n 6, jan/ jun 2005. Disponível em: <http://www.unipinhal.edu.br/movimentopercepcao/include/getdoc.php?id=147> Acessado em: 13/06/2008.

SCHILD, P. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. 1994, Apud SILVA; VENDITTI; MILLER. **Imagem corporal na perspectiva de Paul Schilder: contribuições para trabalhos corporais nas áreas de educação física, dança e pedagogia.** Disponível em: <site: http://www.efdeportes.com/efd68/schilder.htm>. Acesso em: 27 de maio de 2008.

_____. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. 1999. Apud TURTELLI, L. S. **Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica**. Campinas, 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <site:http://libdigi.unicamp.br/>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

SILVA, S. R. **Auto-percepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade**. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado) – Faculdade de saúde Pública, Universidade de São Paulo. Disponível em: <site: http://libdigi.unicamp.br/>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

SIMÕES, R. M. R. Corporeidade e terceira idade = A marginalização do corpo idosos. 1992. Apud BALESTRA, C. C. **A imagem corporal de idosos praticantes e não praticantes de atividade físicas**. Campinas, 2002. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <site:http://libdigi.unicamp.br/>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

SOARES, C. Educação Física: Raízes Européias e Brasil. 2001. Apud BALESTRA, C. M. **A imagem corporal de idosos praticantes e não praticantes de atividades físicas**. Campinas, 2002. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <site:http://libdigi.unicamp.br/>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

SOUTO, C. M. **Construção e validação de uma escala de medida da imagem corporal**. João Pessoa, 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba.

STAPLES, Walter D. **Pense como um vencedor**. 2ª Ed. São Paulo: Pioneira, 1995.

SUDEEN et al. Nurse-client interaction: implementing the nursing process. 1981. Apud SOUTO, C. M. **Construção e validação de uma escala de medida da imagem corporal**. João Pessoa, 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba.

TAMAYO, A. EFA: escala fatorial de autoconceito. 1981. Apud SOUTO, C. M. **Construção e validação de uma escala de medida da imagem corporal**. João Pessoa, 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba.

TURTELLI, L. S. **Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica**. Campinas, 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <site:http://libdigi.unicamp.br/>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

TURTELLI L.S.; TAVARES, M.C.G.C.F.; DUARTE, E. Caminhos da pesquisa em imagem corporal na sua relação com o movimento. Revista Brasileira de Ciências do Esporte, Campinas: v. 24, n. 01, p. 151-166, set./2002. Apud SILVA, VENDITTI, MILLER, 2004. **Imagem corporal na perspectiva de Paul Schilder: contribuições para trabalhos corporais nas áreas de educação física, dança e pedagogia**. Disponível em: <site: http://www.efdeportes.com/edf68/schilder.htm>. Acesso em: 27 de maio de 2008.

VERAS, R. P. e col. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. 1987. Apud SILVA, S. R. **Autopercepção das condições bucais**

em pessoas com 60 anos e mais de idade. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado) – Faculdade de saúde Pública, Universidade de São Paulo. Disponível em: <site: //libdigi.unicamp.br/>. Acesso em: 23 de novembro de 2003.

_____. Apud SANTOS, A. M. O. S. **O Imaginário do Envelhecer:** desaprendendo mitos, preconceitos e idéias errôneas. Bahia, 2002. Monografia (Especialização em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia. Disponível em: <site: <http://www.psicomundo.com/tiempo/index.htm/>>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

WILLIE, 1974. Apud TURTELLI, L. S. **Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento: uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica.** Campinas, 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <site: <http://libdigi.unicamp.br/>>. Acesso em: 25 de maio de 2008.

ANEXOS

ANEXO A

MODELO DE ENTREVISTA

Entrevista

1.GÊNERO

() Masculino () Feminino

2.ESTADO CIVIL

() Solteiro () Casado () União Consensual () Viúva

() Divorciado () Desquitado

3.GRUPO DE IDADE

() 60-70 anos () 70 anos ou mais

4.ESCOLARIDADE

() Analfabeto () Alfabetizado

5.RAÇA

() Branca () Não Branca

6.ARRANJO DOMICILIAR FAMILIAR

- () Mora o casal sem filhos
- () Mora casal com filhos
- () Sem cônjuge
- () Sem cônjuge sem filhos com parentes
- () Mora com pelo menos 1 filho de 18 anos
- () Mora com menores de 18 anos e cônjuge
- () Mora sozinho

7.NÚMERO DE ARRANJOS NUCLEARES NO DOMICILIO

() um () mais de um

8.CONDIÇÃO DO IDOSO NO DOMICILIO

() Chefe () Cônjuge () Outro parente () Agregado

9. REALIZA ATIVIDADES FÍSICAS?

() SIM () NÃO (se não passe para a questão 12)

10. COM QUE FREQUÊNCIA? _____

11. A QUANTO TEMPO FAZ ATIVIDADE FÍSICA? _____

12. PESO: _____ 13. ALTURA: _____

14. A SENHORA TRABALHA FORA DE CASA?

() SIM () NÃO (se não passe para a questão 16)

15. EM QUÊ? _____

16. O QUE A SENHORA FAZ QUANDO ESTÁ EM CASA? _____

17. TÊM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE? (se não passe para a questão 19)

() SIM () NÃO

18. QUAIS? _____

19. TOMA ALGUM MEDICAMENTO?

() SIM () NÃO

20. QUAL (IS)? _____

ANEXO B

MODELO DE QUESTIONÁRIO

AVALIAÇÃO DA APARÊNCIA FÍSICA
TESTE PARA AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL
Stunkard et al (1983) e adaptado por Marsh e Roche (1996)

NOME: _____

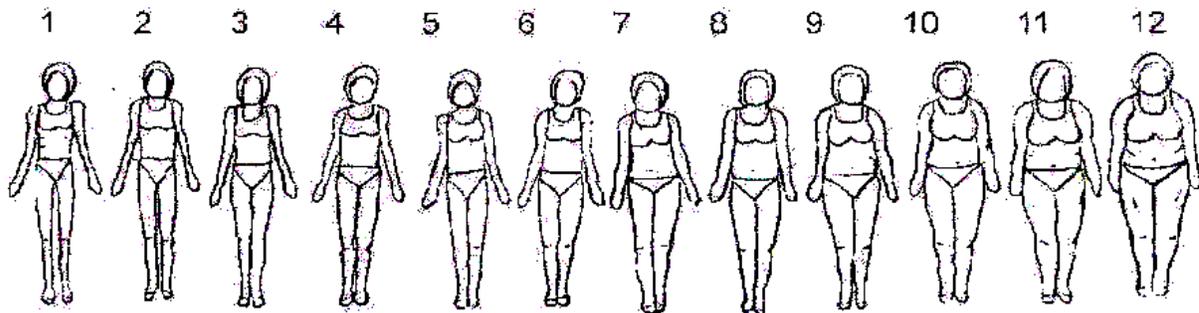
DATA DA AVALIAÇÃO: _____/_____/_____

Abaixo encontra-se alguns desenhos que representam silhuetas com vários tipos de aparência física. A seguir, seguem algumas questões que se relacionam diretamente com os desenhos.

Por favor, leia cada uma cuidadosamente e assinale o número do desenho que estiver de acordo com sua resposta ou aquele que mais se aproximar.

OBSERVAÇÃO:

Não existem respostas certas ou erradas, por isso responda à vontade.



QUESTÕES

1. Qual aparência física que mais se parece com você atualmente? _____
2. Qual aparência física você gostaria de ter? _____
3. Qual aparência física você tinha um ano atrás? _____
4. Como as outras pessoas avaliam sua aparência física? _____

ANEXO C

ESCALA DE MEDIDA DA IMAGEM CORPORAL

Versão adaptada da Escala de Medida da Imagem Corporal de Souto (1999)

Atenção,

Por gentileza, leia atentamente essas afirmativas e, em seguida, para cada confirmação, marque X no espaço correspondente a UMA das possibilidades, com que frequência você – nunca, raramente, às vezes, frequentemente ou sempre – pensa, sente ou se comporta dessa forma. Não existem respostas certas ou erradas. É a sua opinião sincera que nos interessa. Por favor, assinale sua opinião sobre todas as afirmativas, não deixando nenhuma sem resposta.

Queremos deixar claro que sua colaboração nessa pesquisa é voluntária, e que você tem todo o direito de nos devolver o questionário sem preenchê-lo. Tudo o que for respondido ficará anônimo, e que não é necessário que você assine o questionário.

AFIRMATIVA	NUNCA	RARA- MENTE	AS VEZES	FREQUEN- TEMENTE	SEMPRE
1. Gosto do meu corpo como ele é.					
2. Considero que me corpo é exatamente o que sempre sonhei.					
3. Escondo alguma parte do meu corpo, porque ela não é perfeita.					
4. Estou satisfeita com meu peso corporal.					
5. Evito olhar para alguma parte do meu corpo, porque ela me desagrada.					
6. Evito tocar em alguma parte do meu corpo, porque ela me desagrada.					
7. Desejaria ser uma pessoa com uma aparência física diferente.					
8. Gosto de formato e da aparência de minha face.					
9. Há coisas em minha aparência física que eu detesto.					
10. Percebo mudanças negativas no relacionamento com outras pessoas por causa de minha aparência física.					
11. Não importa que roupas ou enfeites eu esteja usando, minha aparência física me desagrada.					
12. Escondo das pessoas as mudanças negativas que ocorrem no meu corpo.					
13. Penso que meu corpo é insignificante.					
14. Preocupo-me em excesso com a opinião das pessoas sobre a minha aparência física.					
15. Preocupo-me em excesso com as mudanças que ocorrem no meu corpo.					
16. Recuso-me a aceitar as mudanças que ocorrem no meu corpo.					
17. Sinto ressentimento porque meu corpo não é aquele que eu desejaria que fosse.					
18. Sinto-me desapontado com as mudanças que ocorrem no meu corpo.					
19. Sinto-me incapaz de me adaptar às mudanças que ocorrem no meu corpo.					

20. Sinto-me insatisfeita com minha aparência física atual.					
21. Sinto-me insatisfeita em relação a alguma parte do meu corpo.					
22. Tenho medo da rejeição das pessoas às mudanças que ocorrem no meu corpo.					

ANEXO D

CERTIDÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA