

Antonia Oliveira Silva
Brigido Vizeu Camargo
(Organizadores)

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO E DA SAÚDE



SOBRE O LIVRO

Este livro oferece estudos teóricos e pesquisas recentes, produzidas por pesquisadores brasileiros, portugueses, argentinos, italianos e franceses, sobre o pensamento cotidiano a respeito da saúde, do envelhecimento e de temas correlatos. O ponto em comum é a utilização de um dos legados que Serge Moscovici nos deixou: a teoria das representações sociais. Nessa, contempla-se uma das principais características do trabalho científico desse importante pensador: a pluralidade de referências e recursos para se trabalhar com ciência, ou seja, o cuidado para a ortodoxia epistemológica não empobrecer a busca de respostas para as dúvidas que caracterizam o trabalho da ciência. Os próprios trabalhos de Serge Moscovici envolveram influências epistemológicas diversificadas; teorias oriundas não apenas de diferentes disciplinas, mas também de tradições teóricas plurais; delineamentos metodológicos que envolveram experimentos, surveys, análise documental, estudo de casos, dentre outros; e análises tanto quantitativas como qualitativas. Essa posição não ortodoxa contribuiu para que ele aprofundasse sua reflexão no âmbito da Filosofia da Ciência.

Esta publicação expressa a articulação entre centros de pesquisa, grupos de programas de pós-graduação e laboratórios em torno da pesquisa científica sobre representações sociais em saúde e temas conexos, promovida pela Rede Internacional de Pesquisa sobre Representações Sociais de Saúde (RIPRES). Criada em 2010, por um acordo de cooperação entre o Laboratório Europeu de Psicologia Social (LEPS), o Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde (CICTS) da Universidade de Évora – Portugal e o Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (LACCOS) da Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil, atualmente, faz parte do Réseau Mondial Serge Moscovici da Fondation Maison des Sciences de l'Homme de Paris – França. O Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba teve um papel central na criação da RIPRES, por meio de um sólido programa de intercâmbio luso-brasileiro desenvolvido por essa formação de pós-graduação.

CONSELHO CIENTÍFICO E EDITORIAL

Ana Escoval – UL/ENSP/Portugal

Ângela Arruda – UFRJ

Antonia Oliveira Silva – UFPB

Brigido Vizeu Camargo – UFSC

Clélia Nascimento-Schulze – UFSC

Denise Jodelet – EHESS/França

Edson Alves de Souza Filho – UFRJ

Felismina Mendes – UÉ/Portugal

Jorge Correia Jesuíno – ISCTE/Portugal

Lígia Amâncio – ISCTE/Portugal

Luiz Fernando Rangel Tura – UFRJ

Manuel José Lopes – ESEE/Portugal

Margot Campos Madeira – UNESA

Maria de Lurdes Rangel Tura – UFRJ

Maria do Céu Marques – UÉ/Portugal

Maria do Socorro Costa Feitosa Alves – UFRN

Maria Filomena M. Gaspar – ESEMFR/Portugal

AUTORES

Adriana Coler
(Bunker Hill Community College, Boston, USA)

Adriane Roso
(Universidade Federal de Santa Maria, Brasil)

Alberta Contarello
(Università di Padova, Itália)

André Augusto Diniz Lira
(Universidade Federal de Campina Grande, Brasil)

Andréa Barbará S. Bousfield
(Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil)

Annamaria Silvana De Rosa
(Sapienza University of Rome, International/Italy)

Antonia Oliveira Silva
(Universidade Federal da Paraíba, Brasil)

Brigido Vizeu Camargo
(Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil)

Célia Soares
(Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal)

Claudia Menseguez
(Universidad Nacional de Luján, Argentina)

Cláudio Fontana
(Università Popolare AUSER/Liceo scientifico Paolo Giovio, Como, Itália)

Clélia Maria Nascimento Schulze
(Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil)

Daniela Barros da Silva Freire Andrade
(Universidade Federal do Mato Grosso, Brasil)

Denise Jodelet
(École des Hautes Études en Sciences Sociales/Fondation Maison des Sciences de l'Homme, France)

Diego Romaioli
(Università di Padova, Itália)

Edson A. de Souza Filho
(Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil)

Edwirde Luiz Silva
(Universidade Federal de Campina Grande, Brasil)

Enrico Marcolungo
(Università di Padova, Itália)

Érica Nayla Harrich Teibel
(Universidade Federal do Mato Grosso, Brasil)

Felismina Mendes
(Universidade de Évora, Portugal)

Jorge Correia Jesuino
(Instituto Universitário de Lisboa/Universidade de Évora, Portugal)

Laís Santos Barbosa de Souza
(Universidade Federal de Campina Grande, Brasil)

Laura Dryjanska
(Sapienza University of Rome, International/Italy)

Liliana Gastron, Gloria Lynch
(Universidad Nacional de Luján, Argentina)

Luiza Gutz
(Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil)

Manuel José Lopes
(Universidade de Évora, Portugal)

Márcia de Assunção Ferreira
(Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil)

Maria Adelaide Silva Paredes Moreira
(Universidade Federal da Paraíba, Brasil)

Maria do Socorro Costa Feitosa Alves
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil)

Maria Eliane Liégio Matão
(PUC de Goiás, Brasil)

Maurício Machado Moraes
(Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil)

Olívia Galvão Lucena Ferreira
(Universidade Federal da Paraíba, Brasil)

Pedrinho Guareschi
(Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil)

Pedro Humberto Faria Campos
(UNESA/PUC de Goiás, Brasil)

Rafael Celestino da Silva
(Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil)

Raquel Bertoldo
(Université Aix-Marseille, France)

Silvana Stabile
(Universidad Nacional de Luján, Argentina)

Stefano Cavalli
(Centre of Competence on Aging, University of Applied Sciences and
Arts of Southern, Switzerland)

Tatiana de Lucena Torres
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil)

Verônica Bem dos Santos
(Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil)



Reitora	Ângela Maria Paiva Cruz
Vice-Reitor	José Daniel Diniz Melo
Diretoria Administrativa da EDUFRN	Luis Álvaro Sgadari Passeggi (Diretor) Wilson Fernandes de Araújo Filho (Diretor Adjunto) Judithe da Costa Leite Albuquerque (Secretária)
Conselho Editorial	Luis Álvaro Sgadari Passeggi (Presidente) Ana Karla Pessoa Peixoto Bezerra Anna Emanuella Nelson dos S. C. da Rocha Anne Cristine da Silva Dantas Christianne Medeiros Cavalcante Edna Maria Rangel de Sá Eliane Marinho Soriano Fábio Resende de Araújo Francisco Dutra de Macedo Filho Francisco Wildson Confessor George Dantas de Azevedo Maria Aniolly Queiroz Maia Maria da Conceição F. B. S. Passeggi Maurício Roberto Campelo de Macedo Nedja Suely Fernandes Paulo Ricardo Porfírio do Nascimento Paulo Roberto Medeiros de Azevedo Regina Simon da Silva Richardson Naves Leão Rosires Magali Bezerra de Barros Tânia Maria de Araújo Lima Tarcísio Gomes Filho Teodora de Araújo Alves
Secretária de Educação a Distância da UFRN	Maria Carmem Freire Diógenes Rêgo
Secretária Adjunta de Educação a Distância da UFRN	Ione Rodrigues Diniz Moraes
Coordenadora de Produção de Materiais Didáticos	Maria Carmem Freire Diógenes Rêgo
Coordenadora de Revisão	Maria da Penha Casado Alves
Coordenador Editorial	José Correia Torres Neto
Gestão do Fluxo de Revisão	Rosilene Paiva
Revisão Linguístico-textual	Cristinara Ferreira dos Santos Emanuelle Pereira Diniz Fabiola Barreto Gonçalves Margareth Pereira Dias Júlia Ribeiro Fagundes Lisane Mariádné Melo de Paiva
Revisão ABNT	Cristiane Severo da Silva Verônica Pinheiro da Silva Edineide da Silva Marques
Revisão Tipográfica	Letícia Torres Renata Ingrid de Souza Paiva
Diagramação	Maira Caroline Freitas dos Santos
Capa	Maira Caroline Freitas dos Santos

Catálogo da Publicação na Fonte. Bibliotecária Verônica Pinheiro da Silva CRB-15/692.

Representações sociais do envelhecimento e da saúde [recurso eletrônico] /Organizado por: Antonia Oliveira Silva e Brígido Vizeu Camargo. – Natal: EDUFRN, 2017.

1 PDF

ISBN 978-85- 425-0752- 2

Modo de acesso: <http://repositorio.ufrn.br>

1. Saúde pública. 2. Representações sociais. 3. Envelhecimento. I. Silva, Antonia Oliveira.
II. Camargo, Brígido Vizeu. III. Título.

CDU 614
R425

Todos os direitos desta edição reservados à EDUFRN – Editora da UFRN
Av. Senador Salgado Filho, 3000 | Campus Universitário
Lagoa Nova | 59.078-970 | Natal/RN | Brasil
e-mail: contato@editora.ufrn.br | www.editora.ufrn.br
Telefone: 84 3342 2221

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

ANTONIA OLIVEIRA SILVA; BRIGIDO VIZEU CAMARGO

13

PREFÁCIO - PARCOURS DE VIE ET PERCEPTIONS DANS L'ÉTUDE DU VIEILLISSEMENT ET DE LA SANTÉ

STEFANO CAVALLI

16

PARTE I: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E ENVELHECIMENTO

CAPÍTULO 1 - A CATEGORIA SABEDORIA NOS ESTUDOS SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO: UMA REVISÃO DO CONCEITO E DE ESTUDOS RELACIONADOS

CLÉLIA MARIA NASCIMENTO-SCHULZE

26

CAPÍTULO 2 - CONTRIBUIÇÕES PARA UMA GERONTOLOGIA CRÍTICA

JORGE CORREIA JESUÍNO; TATIANA DE LUCENA TORRES

CÉLIA CASACA SOARES; ANTONIA OLIVEIRA SILVA

59

CAPÍTULO 3 - SABEDORIA E ENVELHECIMENTO: A ARTE DE SOBREVIVER EM DIFERENTES MUNDOS

FELISMINA MENDES

84

CAPÍTULO 4 - CONCEPÇÕES DE ESPIRITUALIDADE DE PESSOAS NA 4ª IDADE BRIGIDO VIZEU CAMARGO LUIZA GUTZ	100
CAPÍTULO 5 - EL ENVEJECIMIENTO Y EL CURSO DE LA VIDA LILIANA GASTRON; GLORIA LYNCH; CLAUDIA MENEGUEZ; SILVANA STABILE	122
CAPÍTULO 6 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE ENVELHECIMENTO ATIVO DE PESSOAS IDOSAS COM E SEM O DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS OLÍVIA GALVÃO LUCENA FERREIRA; TATIANA DE LUCENA TORRES MARIA DO SOCORRO COSTA FEITOSA ALVES; MARIA ADELAIDE SILVA PAREDES MOREIRA	144
CAPÍTULO 7 - A VELHICE NA VISÃO DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE CIÊNCIAS HUMANAS, CIÊNCIAS DA SAÚDE E CIÊNCIA & TECNOLOGIA DA UFCCG ANDRÉ AUGUSTO DINIZ LIRA; LAÍS SANTOS BARBOSA DE SOUZA EDWIRDE LUIZ SILVA	177
CAPÍTULO 8 - INVECCHIARE LAVORANDO. VERSO UNA RAPPRESENTAZIONE SOCIALE DELL'INVECCHIAMENTO TRA ESPERIENZA E LOGORIO ENRICO MARCOLUNGO; DIEGO ROMAIOLI; ALBERTA CONTARELLO	199
CAPÍTULO 9 - ALGUMAS DIMENSÕES REPRESENTACIONAIS DA VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS EM PORTUGAL E NOS EUA ADRIANA COLER; MANUEL LOPES; ANTONIA OLIVEIRA SILVA	219
CAPÍTULO 10 - ANZIANI VITTIME DI VIOLENZA. L'APPROCCIO DELLE RAPPRESENTAZIONI SOCIALI E IL PARADIGMA DELLA GIUSTIZIA RIPARATIVA-239 CLÁUDIO FONTANA	239

PARTE II: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SAÚDE

CAPÍTULO 11 - LE SAVOIR EXPÉRIENTIEL DES PATIENTS, SON STATUT ÉPISTÉMOLOGIQUE ET SOCIAL

DENISE JODELET 270

CAPÍTULO 12 - SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE E RELAÇÕES COM A CLÍNICA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

MÁRCIA DE ASSUNÇÃO FERREIRA; RAFAEL CELESTINO DA SILVA 295

CAPÍTULO 13 - PROJETO REPRESENTACIONAL E NARRATIVA: PELA VISIBILIDADE SOCIAL DA CRIANÇA NA ENFERMARIA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

DANIELA BARROS DA SILVA FREIRE ANDRADE; ÉRICA NAYLA HARRICH TEIBEL 313

CAPÍTULO 14 - SOCIAL REPRESENTATIONS, HEALTH AND COMMUNITY: VISUALIZING SELECTED RESULTS FROM THE META-THEORETICAL ANALYSIS THROUGH THE “GEOMAPPING” TECHNIQUE

ANNAMARIA SILVANA DE ROSA; LAURA DRYJANSKA 338

CAPÍTULO 15 - RISCOS COLETIVOS: UM OLHAR PSICOSSOCIAL

ANDRÉA BARBARÁ S. BOUSFIELD; RAQUEL BERTOLDO 367

CAPÍTULO 16 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, AVALIAÇÃO DE RISCO E PRÁTICAS SOCIAIS NA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA AIDS

MARIA ELIANE LIÉGIO MATÃO
PEDRO HUMBERTO FARIA CAMPOS 389

**CAPÍTULO 17 - VIOLÊNCIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS:
REFLEXÕES SOBRE SEUS ASPECTOS DE SAÚDE MENTAL**

EDSON ALVES DE SOUZA FILHO

416

**CAPÍTULO 18 - (IN)TOLERÂNCIA E POVOS ORIGINÁRIOS EM ÁREAS
URBANAS: SINALIZAÇÕES ACERCA DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

ADRIANE ROZO; PEDRINHO GUARESCHI; MAURÍCIO MACHADO MORAES;

VERÔNICA BEM DOS SANTOS

435

APRESENTAÇÃO

ANTONIA OLIVEIRA SILVA

(Universidade Federal da Paraíba, Brasil)

BRIGIDO VIZEU CAMARGO

(Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil)

“A ortodoxia epistemológica, metodológica, é indispensável e mesmo desejável na prática científica ou artística? [...] Não temos certeza disto. Por outro lado, a ortodoxia, deste ponto de vista, seja ela qual for, pode ser um obstáculo”

Serge Moscovici no seminário “Epistemologie et représentations sociales” em 29/04/1994 (EHESS -1994 – Paris)¹.

Este livro oferece estudos teóricos e pesquisas recentes, produzidas por pesquisadores brasileiros, portugueses, argentinos, italianos e franceses, sobre o pensamento cotidiano a respeito da saúde, do envelhecimento e de temas correlatos. O ponto em comum é a utilização de um dos legados que Serge Moscovici nos deixou: a teoria das representações sociais. Nessa, contempla-se uma das principais características do trabalho científico desse importante pensador: a pluralidade de referências e recursos para se trabalhar com ciência, ou seja, o cuidado para a ortodoxia epistemológica não empobrecer a busca de respostas para

¹ “Est-ce que l'orthodoxie épistémologique, méthodologique, est-elle indispensable, et même souhaitable dans la pratique scientifique ou artistique? [...] Cela n'est pas certain. D'autre part, l'orthodoxie de ce point de vue là, quelque soit, peut être un obstacle” (gravação, transcrição e tradução do segundo autor).

as dúvidas que caracterizam o trabalho da ciência. Os próprios trabalhos de Serge Moscovici envolveram influências epistemológicas diversificadas; teorias oriundas não apenas de diferentes disciplinas, mas também de tradições teóricas plurais; delineamentos metodológicos que envolveram experimentos, *surveys*, análise documental, estudo de casos, dentre outros; e análises tanto quantitativas como qualitativas. Essa posição não ortodoxa contribuiu para que ele aprofundasse sua reflexão no âmbito da Filosofia da Ciência.

Esta publicação expressa a articulação entre centros de pesquisa, grupos de programas de pós-graduação e laboratórios em torno da pesquisa científica sobre representações sociais em saúde e temas conexos, promovida pela Rede Internacional de Pesquisa sobre Representações Sociais de Saúde (RIPRES). Criada em 2010, por um acordo de cooperação entre o Laboratório Europeu de Psicologia Social (LEPS), o Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde (CICTS) da Universidade de Évora – Portugal e o Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (LACCOS) da Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil, atualmente, faz parte do *Réseau Mondial Serge Moscovici* da *Fondation Maison des Sciences de l'Homme* de Paris – França. O Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba teve um papel central na criação da RIPRES, por meio de um sólido programa de intercâmbio luso-brasileiro desenvolvido por essa formação de pós-graduação.

A maior parte dos capítulos decorreu da participação da RIPRES organizando simpósios no IV Colóquio Luso-Brasileiro sobre Saúde, Educação e Representações Sociais (CLBSERS) e na 12ª Conferência Internacional sobre Representações Sociais (CIRS), realizada em julho de 2014 em São Paulo, objetivando

discutir questões relacionadas à saúde, à educação, às representações sociais e ao envelhecimento. Além disso, agregaram-se outros capítulos de colegas do Grupo de Trabalho “Representações Sociais”, da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP), pioneiro no âmbito da pós-graduação em Psicologia do Brasil no que se refere aos estudos sobre as representações sociais (RS).

O livro está organizado em duas partes: a primeira sobre representações sociais e envelhecimento e a segunda sobre representações sociais e saúde. Os capítulos da primeira parte envolvem trabalhos que compuseram o Simpósio Sabedoria e Senso Comum, acrescidos de outros trabalhos a respeito de RS e envelhecimento de colegas da RIPRES e/ou do Grupo de Trabalho “Representações Sociais”, da ANPEPP. Os capítulos da segunda parte referem-se aos trabalhos apresentados nos simpósios Transformação das práticas em saúde, Vulnerabilidades contemporâneas e Curso de vida e RS, acrescidos de trabalhos sobre RS e saúde do GT da ANPEPP.

Com este livro, espera-se oferecer aos estudiosos da área e aos estudantes que começaram a se dedicar ao estudo das relações entre representações sociais, saúde e envelhecimento elementos consistentes para a multiplicação de novas pesquisas e para a qualificação das ações de intervenção.

PREFÁCIO

PARCOURS DE VIE ET PERCEPTIONS DANS L'ÉTUDE DU VIEILLISSEMENT ET DE LA SANTÉ

STEFANO CAVALLI

(University of Applied Sciences and Arts of Southern – Switzerland)

Vieillesse et santé sont deux concepts souvent associés, le premier comportant une détérioration de la seconde. Sous l'influence du regard biomédical, dans les sociétés occidentales, nous tendons à concevoir le vieillissement sur le mode du déclin, comme un processus de sénescence marqué par le ralentissement et l'affaiblissement des fonctions vitales. De nos jours, cette représentation négative coexiste avec une conception plus favorable qui considère qu'il est possible de "bien vieillir", de connaître un "vieillesse réussi" (ROWE; KAHN, 1987). En fait, il s'agit d'une image qui émane de la précédente, le bien vieillir sous-entendant qu'il faut s'efforcer d'échapper au déclin, qu'il faut prendre soin de soi – à travers une alimentation suffisante et équilibrée, une activité physique régulière, etc. – pour prévenir la dépendance. Le risque est alors d'en faire une injonction, de rendre les individus seuls responsables de leur destin et, par la même occasion, de considérer les vulnérabilités du grand âge comme des échecs (CARADEC, 2012). Ces visions évoquent les deux pôles imaginaires de la vieillesse qui ont traversé l'histoire: "décrépite" ou "ingrate" d'une part, "en santé" ou "épanouie" de l'autre; l'image positive étant moins répandue, voire réservée à une minorité, et construite par opposition à celle qui est négative (HUMMEL, 1999).

Qu'en est-il dans la réalité? Le vieillissement est-il indissociable de l'idée de déclin, qui est à l'origine de craintes

tant sur le plan individuel (peur de l'avenir, notamment de l'évolution de sa propre santé) que collectif (discours sur les conséquences néfastes du vieillissement démographique ou sur l'explosion des coûts de la santé)? S'il est indéniable que vieillir comporte une réduction, progressive ou par à-coups, des réserves physiologiques, si le risque de souffrir de maladies, accidents et incapacités augmente avec l'âge, depuis un certain nombre d'années la recherche en gérontologie a bien montré à quel point le vieillissement est un phénomène complexe aux multiples facettes.

Un premier constat est que les conditions de vie et de santé des personnes âgées varient dans le temps et l'espace. Au cours des dernières décennies, dans les pays occidentaux de l'hémisphère nord (mais, de plus en plus, cela concerne aussi de vastes régions du Sud), la vie des personnes âgées a connu une transformation sans précédent: non seulement les aînés vivent plus longtemps, mais à âge égal ils bénéficient d'une meilleure santé, de même que de conditions matérielles et d'existence plus confortables, que les générations antérieures. C'est ainsi que l'on a assisté à une progressive séparation entre le moment du passage à la retraite et l'âge de la sénescence, qu'a émergé cette nouvelle étape de la vie appelée "troisième âge" (LASLETT, 1989). Ces changements ne vont pas sans poser un certain nombre de questions: la vieillesse est-elle composée de deux moments successifs ou plutôt repoussée vers un âge toujours plus avancé? Comment nommer ces étapes et les personnes qui les habitent? Naissent alors différentes distinctions sémantiques, entre "troisième âge" et "quatrième âge" en Europe, entre "*young old*" et "*old old*" (voire même "*oldest old*") en Amérique du Nord, ou encore entre "*idoso*" et "*velho*" en langue portugaise. Il y a aussi un risque: considérer le troisième âge comme celui de

toutes les possibilités et le quatrième âge comme celui de tous les maux (BALTES; SMITH, 2003).

D’où la question de savoir si, somme toute, les représentations positives et négatives de la vieillesse portent sur le même objet social, ou si les premières sont réservées à ceux qui ne sont pas (encore) vieux.

Deuxième constat, la vieillesse – et même la grande vieillesse – n’est pas synonyme de maladie et de dépendance (tout comme de solitude, abandon ou pauvreté). La caractéristique partagée de la population très âgée est la fragilité, c’est-à-dire cet état qui, suite à la perte de ressources liée à l’âge, affecte la résilience d’une personne, à savoir sa capacité à préserver un équilibre avec son environnement ou à le rétablir à la suite d’événements perturbateurs (LALIVE D’EPINAY; SPINI, 2008). Cette fragilité a des implications importantes dans plusieurs aspects de la vie quotidienne et se manifeste de manière très diversifiée d’une personne à l’autre. Nous retrouvons ici un autre attribut de la vieillesse, son hétérogénéité, au point qu’il n’y a pas d’autres moments dans la vie où les différences, voire les inégalités, entre les individus sont si marquées – inégalités qui ont leurs origines dans les processus d’accumulation des avantages et des inconvénients au cours de l’existence (DANNEFER, 1987).

Pour mieux saisir ces phénomènes, que sont le vieillissement des individus et la santé, j’estime particulièrement fécond de s’inscrire dans la perspective des parcours de vie et d’adopter une démarche qui prenne en compte la perception subjective des individus. Le paradigme des parcours de vie s’est développé à partir des années 1970, en Amérique du Nord et en Europe centrale, pour étudier le déroulement des vies humaines dans leur extension temporelle et dans leur cadrage sociohistorique (LALIVE D’EPINAY et al., 2005; MARSHALL; MUELLER,

2003). Il nous enseigne qu'il faut considérer le développement de l'individu dans sa totalité, de la naissance à la mort, et le concevoir comme un processus multidimensionnel (à la fois biologique, psychologique et social), englobant les différentes sphères dans lesquelles se déroule l'existence (famille, travail, formation, etc.), comportant à chaque âge de la vie à la fois des gains (des croissances) et des pertes (des déclin); par ailleurs, les trajectoires des individus doivent être ancrées dans des contextes sociaux particuliers. Il en découle que la manière dont une personne fait l'expérience du vieillissement, ou de la santé, dépend de ses ressources, des expériences passées, du contexte sociétal et historique, des normes et valeurs, ainsi que des représentations sociales en vigueur.

Les changements intervenant dans la vie des individus peuvent être identifiés soit d'une manière qui se veut objective par un observateur extérieur – une démarche objectivante, qui se base sur des données factuelles –, soit de manière subjective par les individus eux-mêmes. Et ce qui représente un changement pour l'observateur n'est pas forcément vécu comme tel par l'acteur, et vice-versa. Puisque, comme nous l'a appris William I. Thomas, la définition d'une situation comme réelle va avoir des conséquences réelles (MERTON, 1995), pour appréhender les parcours de vie il convient d'étudier aussi la façon dont les individus les perçoivent. S'intéresser aux interprétations que les personnes âgées proposent de leur vieillissement ou de leur trajectoire de santé aide, par exemple, à mieux comprendre comment des individus atteints dans leurs capacités physiques et fonctionnelles sont relativement heureux et satisfaits de leur vie.

Prenons deux exemples. Premièrement, si nous demandons à une personne âgée d'évaluer sa santé, elle ne le fera pas dans l'absolu, mais en regard de ce qu'elle peut raisonnablement

attendre compte tenu de sa situation et de son âge avancé. Les répondants peuvent alors soit fonder leur avis sur la conception qu'ils se font de la "bonne santé", soit recourir à la "comparaison sociale" – qui consiste à se mesurer à d'autres personnes se trouvant dans une situation analogue – pour conclure que leurs problèmes sont moins importants que ceux rencontrés par beaucoup de contemporains, soit encore attribuer une partie des ennuis physiques au vieillissement – du coup, à leur âge, il leur

paraît normal d'avoir quelques soucis de santé. En ce sens, les stéréotypes sur la vieillesse auraient un effet bénéfique, puisque le décalage entre sa situation personnelle et les attentes négatives engendrées par de tels clichés inviterait la personne âgée à porter un regard satisfait sur son sort. Tous ces mécanismes contribuent à expliquer le décalage croissant, avec l'avance en âge, entre un état de santé qui se dégrade clairement et une perception de la santé plus ou moins stable (ou qui en tout cas décline moins fortement). Dans la littérature scientifique, on perçoit cela comme un paradoxe (HENCHOZ; CAVALLI; GIRARDIN, 2008).

Le deuxième exemple a trait à la conscience d'être vieux. Délimiter les frontières de la vieillesse n'est pas chose aisée, il peut alors être intéressant de demander à des personnes très âgées de s'exprimer sur leur propre vieillissement. Surprise, nombre d'octogénaires et de nonagénaires, en dépit de leur grand âge chronologique, ne se sentent pas vieux (BALARD, 2011; CAVALLI; HENCHOZ, 2009). Âgés oui, mais pas vieux! Quelques-uns ont jusqu'ici été épargnés par les maladies et les accidents et mènent leur vie en toute autonomie; d'autres, en mauvaise santé, nient la réalité pour tenter d'y échapper, sachant aussi que se reconnaître vieux signifie avoir conscience que l'on est entré dans la dernière étape de sa vie; la plupart,

travaillés par la fragilité, considèrent que les vieux ce sont les autres, ils essaient de s'en distinguer et de se défendre de cette désignation qu'ils jugent dévalorisante. En général, ceux qui ne se sentent pas vieux tiennent un discours qui établit une continuité avec le passé, tandis que ceux qui reconnaissent qu'ils sont vieux ont le sentiment d'avoir vécu une rupture dans leur existence (CARADEC, 2003), même s'ils ne parviennent pas toujours à la dater. Parfois, elle est associée à un événement déclencheur, le plus souvent un accident de santé, mais il se peut aussi que le passage du troisième au quatrième âge se présente comme un processus sourd et presque invisible, ce qu'une approche autobiographique permet tout de même d'appréhender (CAVALLI; HENCHOZ, 2009).

L'ouvrage que vous tenez entre les mains s'inscrit à plusieurs égards dans ces perspectives et la richesse des travaux, à la fois théoriques et empiriques, qui y sont contenus concourt à une meilleure compréhension du vieillissement et de la santé. Il faut saluer le choix des éditeurs – les professeurs Antonia Oliveira Silva et Brigido Vizeu Camargo – d'avoir réuni des écrits originaux et variés où ces thématiques sont abordées à travers la théorie des représentations sociales (dont, je dois avouer, je ne suis pas un spécialiste), tout en faisant ici et là des clins d'œil au paradigme des parcours de vie, aux interactions entre biographies individuelles et structures sociales. De plus, loin de se limiter aux discours et aux catégories fournis par les “experts” il est ici question du “regard du dedans”, de la vision des individus sur eux-mêmes, sur leur vieillissement et leur santé. Ceci permet d'examiner la manière dont les individus participent à la construction de ces formes de connaissance socialement élaborées et partagées que sont les représentations sociales (JODELET, 1989), mais surtout de voir

comment ils s'en approprient dans la vie de tous les jours, afin de donner un sens à l'expérience de l'avance en âge ou pour faire face aux multiples changements et transformations qui jalonnent les parcours de vie.

Au fil des pages, le lecteur s'apercevra de l'intérêt d'une analyse menée sous l'angle de la théorie des représentations sociales. En effet, l'image qui en ressort rend compte de la complexité des phénomènes étudiés, de leurs multiples facettes. Le vieillissement, par exemple, n'est pas assimilé au seul déclin, mais des gains sont possibles jusqu'à un âge avancé, tant au niveau comportemental que cognitif. Par ailleurs, une ample place est faite aux notions, parfois oubliées, de sagesse, d'expérience et de spiritualité. Le recours aux concepts de fragilité et de vulnérabilité, quant à lui, met l'accent sur des situations, dont les représentations sont encore relativement peu étudiées, caractérisées par une rareté

de ressources qui expose au risque de subir les conséquences négatives d'événements indésirables sans être en mesure de les affronter de manière efficace. On l'aura compris, les apports de ce livre collectif sont nombreux et divers, et son caractère international ne fait qu'étendre son rayonnement. Il s'inscrit aussi dans une série d'ouvrages parus ces dernières années au Brésil et au Portugal sur les représentations sociales du vieillissement qui témoignent d'un champ de recherche particulièrement vivant et stimulant.

REFERÊNCIAS

BALARD, F. Vivre et dire la vieillesse à plus de 90 ans, se sentir vieillir mais ne pas être vieux: Ambivalence des représentations du grand âge par les personnes très âgées. **Gérontologie et Société**, n. 138, p. 231-244, mar. 2011.

BALTES, P. B.; SMITH, J. New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. **Gerontology**, Innsbruck- Austria, n. 49, p. 123-135, mar./abr. 2003.

CARADEC, V. Etre vieux ou ne pas l'être. **L'Homme et la société**, Paris, n. 147, p. 151-167, jan. 2003.

CARADEC, V. **Sociologie de la vieillesse et du vieillissement**. 3. ed. Paris: Armand Colin, 2012.

CAVALLI, S.; HENCHOZ, K. L'entrée dans la vieillesse: paroles de vieux. In: ORIS, M. et al. (Ed.). **Transitions dans le parcours de vie et construction des inégalités**. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes, 2009. p. 389-406.

DANNEFER, D. Aging as intracohort differentiation: Accentuation, the Matthew effect, and the life course. **Sociological Forum**, Rochester, v. 2, n. 2, p. 211-236, mar. 1987.

HENCHOZ, K.; CAVALLI, S.; GIRARDIN, M. Health perception and health status in advanced old age: a paradox of association. **Journal of Aging Studies**, Geneva, v. 22, n. 3, p. 282-290, 2008.

HUMMEL, C. Les représentations sociales de la vieillesse. In: HUMMEL C. (Ed.). **Les sciences sociales face au défi de la grande vieillesse**. Genève: Centre interfacultaire de gérontologie, 1999. p. 55-64.

JODELET, D. (Ed.). **Les représentations sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.

LALIVE D'EPINAY, C. et al. Le parcours de vie: émergence d'un paradigme interdisciplinaire. In: GUILLAUME, J.-F. (Ed.). **Parcours de vie: regards croisés sur la construction des biographies contemporaines**. Liège: Les Éditions de l'Université de Liège, 2005. p. 187-210.

LALIVE D'EPINAY, C.; SPINI, D. (Ed.) **Les années fragiles: la vie au-delà de quatre-vingts ans**. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 2008.

LASLETT, P. **A fresh map of life: the emergence of the third age**. London: Weidenfeld and Nicolson, 1989.

MARSHALL, V. W.; MUELLER, M. M. Theoretical roots of the life-course perspective. In: HEINZ, W. R.; MARSHALL, V. W. (Ed.). **Social dynamics of the life course: transitions, institutions, and interrelations**. New York: Aldine de Gruyter, 2003. p. 3-32.

MERTON, R. K. The Thomas theorem and the Matthew effect. **Social Forces**, Chapel Hill, v. 74, n. 2, p. 379-424, 1995.

ROWE, J. W.; KAHN, R. L. Human aging: usual and successful. **Science**, Chapel Hill, North Caroline, USA, v. 237, n. 4811, p. 143-149, 1987.

PARTE I

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E ENVELHECIMENTO

CAPÍTULO 1

A CATEGORIA SABEDORIA NOS ESTUDOS SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO: UMA REVISÃO DO CONCEITO E DE ESTUDOS RELACIONADOS

CLÉLIA MARIA NASCIMENTO-SCHULZE
(Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil)

INTRODUÇÃO

Considerando que uma revisão teórica sobre as categorias construtivas do conceito de envelhecimento contribui para o avanço do conhecimento na área, serão visitados, neste capítulo, alguns resultados empíricos a respeito das representações do envelhecimento que já apontavam para a centralidade da categoria sabedoria. Além disso, serão discutidas algumas contribuições teóricas e empíricas, de orientação sociocognitiva, que suportam o debate sobre as representações da sabedoria. Finalmente, serão apresentados exemplos atuais que evidenciam a importância da mídia e particularmente da internet na construção de representações sobre o envelhecimento, em que sabedoria se coloca como um elemento central.

Primeiramente, é necessário ressaltar o caráter mais negativo das associações feitas em relação ao envelhecimento. Se verificarmos as produções na área da Psicologia do Desenvolvimento, da Psicologia Social e da Gerontologia, podemos notar uma tendência forte de se enfatizar os aspectos negativos relativos a essa etapa de vida. Tal ênfase esteve particularmente presente nas décadas finais do século passado, sendo que, a partir dos anos 2000, houve um esforço por parte dos

pesquisadores não apenas no sentido de demonstrar a existência desses estereótipos e de seus efeitos nefastos, mas também de focalizar seus estudos em um marco teórico mais promissor, que fosse além da questão das perdas e das doenças.

Em um trabalho voltado para as representações de envelhecimento e envelhecimento positivo, com enfoque nas relações entre grupos etários, Nascimento-Schulze (2011) fez uma revisão de estudos de cunho internacional sobre as representações de envelhecimento que antecedem a publicação das políticas públicas globais do início desse século. Verificou-se que, em geral, as pesquisas examinadas apontavam para representações negativas frente ao envelhecimento e ao idoso. Ainda na revisão teórica desse artigo, Nascimento-Schulze (2011) considera o fenômeno da estereotipia e a sua ameaça sobre a realidade social cotidiana do idoso.

Levy et al. (2002), por exemplo, discutiram os efeitos negativos da estereotipia sobre a autopercepção e o desempenho dos idosos, demonstrando em estudos experimentais que os estereótipos sociais são internalizados e podem impactar na conduta sem mesmo que os sujeitos idosos o percebam. Além disso, descobriram que os estereótipos relacionados ao idoso são adquiridos na infância e se estabelecem décadas antes que o sujeito entre em idade mais avançada. Os autores enfatizaram, por fim, nos resultados, o fato de que, quanto mais positivas as autopercepções de envelhecimento, mais os participantes idosos manifestaram desejo de viver. De fato, estudos realizados anos mais tarde apontaram que tais respostas estiveram associadas à sobrevivência dos participantes. Nozek, Banaji e Greenwald (2002) também encontraram indicadores de estereótipos associados à internalização de categorias negativas por parte dos idosos, quando se comparavam com grupos de indivíduos mais jovens.

Tais estudos foram concomitantes a vários outros sobre representações sociais revistos por Nascimento-Schulze (2011), os quais apresentam versões negativas de representações de envelhecimento e velhice. Esses dados, em conjunto, podem ser considerados como indícios de uma visão tipificada e estereotipada de envelhecimento e velhice, que, ao ser compartilhada, teve um efeito nocivo sobre o desempenho cognitivo de idosos, reforçando um contexto social debilitante.

PARADIGMA DE ENVELHECIMENTO

É importante ressaltar o quanto ficou perceptível, ao fazermos essa revisão, seguindo uma linha cronológica das publicações, que um novo paradigma de envelhecimento começa a surgir. Consideramos paradigmas como concepções construtivas que auxiliam na interpretação da realidade, no sentido de fornecer elementos cognitivos para a tomada de posição frente a tópicos abrangentes, e que estão relacionadas às representações sociais. Em estudos anteriores (NASCIMENTO-SCHULZE et al., 2002; NASCIMENTO-SCHULZE; GARCIA; ARRUDA, 1995), adotamos a visão de paradigmas em estudos sobre a saúde e o meio ambiente. Presentemente, utilizamos o conceito de paradigma para definir posicionamentos e representações que percebem o envelhecimento como um processo do desenvolvimento humano.

Um antigo paradigma de envelhecimento se refere a visões, práticas sociais, escolhas de conduta, decisões e estratégias de interações sociais concernentes aos idosos. Tal visão enfatiza a doença, a perda e o decaimento físico e cognitivo. Um novo paradigma de envelhecimento ressalta a saúde, focaliza-se nos ganhos e considera o idoso além do seu corpo e de suas

funções biológicas. O enfoque é biopsicossocial. Admitimos, contudo, que a dimensão espiritual também deveria ser incluída nesse enfoque, já que os dados que emergem das respostas dos próprios idosos frequentemente se relacionam à experiência espiritual do respondente.

De fato, os modelos teórico-científicos mais atuais têm seguido essas características atribuídas ao novo paradigma de envelhecimento, concentrando-se mais nos aspectos positivos do envelhecimento, e não primordialmente nas perdas relativas ao corpo e ao cérebro. Podemos tomar como exemplo a visão de Baltes (1987), que verifica empiricamente a relação entre ganhos e perdas na idade madura, bem como o modelo de Gergen e Gergen (2002), que dirige a atenção a aspectos positivos do envelhecimento. Essa nova visão também inspira os pressupostos apresentados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). As publicações apoiadas pela Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e pelo Conselho da União Europeia também se posicionam claramente quanto à inserção do idoso na sociedade.

Roger e Le Ribault (1999) lançam um livro de imagens e poemas sobre o envelhecimento, subsidiado pela UNESCO, e que serve de prenúncio para as políticas globais na Europa, as quais foram transformadas em ações durante a primeira década do novo milênio. É importante notar que, dentre as categorias inspiradoras do livro, está “sabedoria”, que marca a contribuição do idoso às outras gerações.

Em 2002, a OMS lançou o conceito de envelhecimento positivo, que foi descrito inicialmente como o processo de otimização das oportunidades em relação à saúde, da participação social e da segurança, com o objetivo de implementar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem (WHO, 2002).

Vale a pena destacar que, em 2010, o Conselho da União Europeia já publicava suas conclusões sobre o envelhecimento ativo e sugeria que fossem adotadas como parte das políticas públicas globais e nacionais. Destaca-se o reconhecimento de que a pessoa idosa provê auxílio essencial aos outros membros da sociedade e deve, portanto, ser encorajada a continuar ativa e independente, sendo essa uma prioridade para que o manejo sustentável dos efeitos do envelhecimento sobre a economia e a sociedade seja bem-sucedido. O Conselho ainda encoraja a solidariedade entre os diversos grupos geracionais e declara a discriminação com base na idade como sendo inaceitável.

Paralelamente, durante a primeira década deste século, algumas linhas de pesquisa significantes a respeito do envelhecimento passaram a ter um novo olhar subjacente, que buscava ir além dos aspectos negativos mencionados. Por exemplo, Blanchard-Fields, Horhota e Mienaltowski (2008), em um livro sobre envelhecimento cognitivo, argumentam que a ênfase dada ao declínio cognitivo pode não estar refletindo acuradamente a amplitude potencial das habilidades dos idosos e de seu conhecimento. Ressaltam também que, quando são considerados aspectos situacionais, emoções e tudo o que define o contexto cotidiano, os idosos têm uma boa atuação nas tarefas medidas nos estudos acerca da cognição do idoso. Estaremos retornando a esse aspecto mais adiante, ao revermos os estudos de Castel e Grossmann.

Hertzog et al. (2009) seguem a linha de pensamento de um novo paradigma, na medida em que se concentram no conceito de envelhecimento ativo. Os autores buscam responder à questão de se a capacidade funcional dos idosos pode ser preservada e melhorada e trazem evidências para o argumento de que comportamentos individuais e contextos ambientais podem

melhorar o funcionamento cognitivo e o desenvolvimento na idade adulta e na velhice. Oferecem uma contribuição valiosa ao enfoque do envelhecimento ativo, uma vez que examinam o impacto da atividade física sobre o cérebro e o enriquecimento cognitivo, ou seja, a ciência por trás da afirmação de que a atividade física e o exercício são benéficos à mente e ao cérebro.

Pesquisa realizada sobre representações sociais do envelhecimento ativo e positivo demonstrou claramente a força da categoria sabedoria como elemento central nas representações sociais encontradas. Nascimento-Schulze (2011), em um estudo intergeracional a respeito de envelhecimento positivo com quatro grupos etários, utilizou-se da técnica de evocação livre de palavras. Sabedoria emergiu como a categoria mais frequente e central.

Elemento	f ≥ 13	OME ≤ 3	Elemento	f ≥ 13	OME ≤ 3
Experiência	57	1,86	Doença	42	3,38
Sabedoria	34	2,11	Aposentadoria	19	3,00
Saúde	28	2,10	Idade	13	3,00
Família	20	2,15	Solidão	13	3,07
Maturidade	16	2,75			
Conhecimento	14	2,57			
Respeito	13	2,09			
Elemento	f < 13	OME < 3	Elemento	f < 13	OME ≥ 3
Vida	11	2,81	Felicidade	12	3,08
Idoso	11	2,00	Morte	12	4,25
Falta	10	2,70	Cabelos brancos	11	3,18
Cuidado	7	2,28	Rugas	11	3,18
Qualidade de vida	6	1,66	Fragilidade	10	3,00
Velhice	6	1,83	Perdas	10	3,40
Longevidade	5	2,60	Saudades	10	3,10
Bem estar	5	2,60	Tempo	9	3,44
Amor	5	2,60	Paciência	8	3,75
Amadurecimento	5	2,00	Medo	8	4,00
			Dependência	8	3,02
			Alegria	7	3,28
			Descanso	7	3,14
			Dor	7	3,4
			Limitações	7	3,0

Figura 1 – Representações Sociais de envelhecimento no Nordeste.
Fonte: autoria própria.

Outro estudo realizado com sujeitos do Nordeste, em que foi utilizada a mesma metodologia e que investigou as representações de envelhecimento ativo e positivo (NASCIMENTO-SCHULZE et al., 2009), também encontrou a categoria sabedoria em posição de destaque. Como pode ser observado nas Figuras 1 e 2, nas respostas dadas à palavra estímulo envelhecimento, as categorias experiência e sabedoria aparecem no primeiro quadrante (Figura 1). Nos dados sobre envelhecimento ativo, que se refere mais ao fator atividade, em especial atividade física, sabedoria aparece em um dos quadrantes periféricos. Todavia, quando se fala de envelhecimento positivo, sabedoria aparece como a categoria mais frequente no primeiro quadrante (Figura 2). Esses resultados acompanham os encontrados no sul do país (NASCIMENTO-SCHULZE, 2011).

Elemento	f ≥ 12	OME ≤ 3	Elemento	f ≥ 12	OME ≤ 3
Sabedoria	47	2,31	Alegria	31	3,03
Experiência	44	2,11	Felicidade	17	3,17
Saúde	36	2,27	Respeito	17	3,05
Conhecimento	20	2,20	Trabalho	16	3,06
Participação	16	2,81	Família	14	3,35
Atividade	15	2,93	Satisfação	14	3,42
Amor	12	2,91			
Elemento	f < 12	OME ≤ 3	Elemento	f < 12	OME ≥ 3
Lazer	10	2,80	Amizade	10	4,50
Maturidade	9	2,66	Vida	9	3,22
Ensinamentos	7	2,14	Paz	8	3,62
Independência	7	2,57	Compreensão	8	3,37
Vida ativa	6	2,66	Autoestima	7	3,00
Confiança	6	2,83	Interação social	7	3,85
Ajuda	5	2,80	Longevidade	7	3,42
Qualidade de vida	5	2,60	Responsabilidade	6	3,16
Saudável	5	1,40	Valorização	6	3,16
Vivência	5	2,20	Bem estar	6	3,16

Figura 2 – Representações Sociais de Envelhecimento Positivo no Nordeste.
Fonte: autoria própria.

Os estudos realizados com uma população do Nordeste e do Sul do Brasil não tinham como foco central a questão da sabedoria, porém, merecem ser destacados porque essa categoria surge nos resultados como um elemento de centralidade e, além disso, os resultados evidenciam mudanças em direção a uma visão mais positiva do envelhecimento. Em ambos os estudos, os respondentes de diferentes idades foram expostos a definições sobre envelhecimento positivo e envelhecimento ativo, inspiradas no conceito de envelhecimento ativo da OMS e na definição de envelhecimento positivo de Gergen e Gergen (2002).

Além dessas, três outras contribuições serão mencionadas a seguir, porque enriquecem o conceito de sabedoria e trazem elementos empíricos importantes para a estruturação de um programa de pesquisa sobre representações do envelhecimento. Nessa mesma perspectiva, o estudo intercultural e as linhas de pesquisa apresentam novas nuances para a construção de um marco teórico mais complexo.

Lockenhoff et al. (2009) consideram a contribuição da teoria das representações sociais no estudo do envelhecimento, uma vez que as visões sobre o envelhecimento mantidas em uma dada cultura constituem formas de representações sociais compartilhadas. Segundo os autores, tais representações compõem sistemas de ideias, valores e costumes relacionados ao envelhecimento, que são tratados pelos membros da sociedade como se fossem verdades estabelecidas. Pressupõe-se que as percepções de envelhecimento sejam multidimensionais por natureza e, portanto, envolvem aspectos positivos e negativos, assim como visões acuradas e distorcidas.

Os autores não esperavam diferenças significativas entre as culturas nos resultados, pois se referiam a aspectos mais biológicos do envelhecimento. Porém, contavam com diferenças

interculturais acentuadas no que dizia respeito às questões que tratavam de características socioemocionais e do *status* social. Implícito estava o pressuposto de que o nível de desenvolvimento socioeconômico, os valores culturais e as crenças têm um impacto sobre as diferenças interculturais respectivas às atitudes sobre o envelhecimento.

O estudo envolveu 3.500 estudantes de 26 países e 6 continentes. Dentre vários instrumentos de medida, foi utilizado um questionário com 8 categorias que deveriam ser apreciadas numa escala. Era perguntado ao respondente se a categoria em questão aumentava, diminuía ou ficava estável à medida que as pessoas envelheciam. Em geral, os escores foram negativos frente a várias categorias, como atração física e facilidade para novas aprendizagens. Todavia, foram consistentemente positivos para as categorias conhecimento, sabedoria e respeito. Essas categorias foram percebidas como estando correlacionadas positivamente com a idade, aumentando ao passo que a idade aumentava. Esse resultado ocorreu para os grupos de sujeitos de todas as culturas. Respondentes de culturas com uma população mais idosa e mais educada endossaram ainda mais a ideia de que a sabedoria aumenta com a idade.

Esses resultados foram interpretados segundo a teoria de modernização de Inglehart, a partir da qual existe uma associação entre o desenvolvimento social avançado e as mudanças culturais na direção de valores que privilegiam o racional, a tolerância e a participação ampla de vários segmentos sociais.

A inclusão das linhas de pesquisa de Castel e Grossmann é pertinente aqui, porque, além de trabalharem com uma sequência de estudos que envolvem ampla amostragem, os autores introduzem um novo marco conceitual que coloca a discussão sobre sabedoria novamente em destaque, fortalecendo um

conceito que, em um passado recente, foi abandonado por ser visto como *fuzzy*, ou seja, pouco claro, nebuloso.

SELETIVIDADE E METACOGNIÇÃO

Castel, Mc Gillivray e Friedman (2012) introduzem o conceito de metacognição não somente dentro de sua contribuição teórico-científica, mas também para o público em geral. Semelhante a Herzog e outros cientistas norte-americanos, ele traduz seu trabalho científico para a população por meio de um *blog* e de uma revista eletrônica, *Psychology Today*, que informa o público sobre as novidades da ciência psicológica numa linguagem acessível e palatável, o que não significa que não estejam fazendo um trabalho de ponta que é primeiramente publicado em revistas científicas, depois em livros e por fim divulgado eletronicamente para o público.

Castel et al. (2011) examinam a seletividade cognitiva em estudos experimentais de laboratório, observando como a habilidade de lembrar estrategicamente de informação relevante, a que se atribui valor, muda em função da idade, assim como investigam o fenômeno da infância à velhice. Os estudos consideram grupos geracionais, com variação de idade de 5 a 96 anos, analisando as variáveis estudadas ao longo da vida. Buscaram também notar diferenças na seletividade cognitiva, considerando as diferenças mais marcantes para cada grupo etário.

No procedimento utilizado, os pesquisadores podiam medir tanto a quantidade como a capacidade da memória. Assim, eram considerados o número de palavras lembradas e a eficiência e seletividade da memória. Nesse caso, seletividade se refere à lembrança de itens com alto valor em relação aos

itens com baixo valor. Diferenças concernentes à idade foram encontradas para a variável capacidade de memória, uma vez que os adultos jovens se lembraram de mais palavras do que os outros grupos. No entanto, tanto os adultos de idade média como os adultos mais velhos foram mais seletivos do que os adolescentes e as crianças.

O que notamos, então, é que há uma dissociação entre os dois processos (memorizar em quantidades e em qualidade com seletividade) ao longo do trajeto de vida. Essa dissociação ilustra importantes diferenças relacionadas à idade em termos de capacidade de memória e da habilidade de lembrar seletivamente de uma informação que é altamente valorada.

Cabe introduzir aqui que Blanchard-Fields, Horhota e Mienaltowski (2008), em seu capítulo sobre envelhecimento cognitivo, admitem que dados de pesquisa com respondentes idosos apresentam um declínio no desempenho de tarefas cognitivas associadas aos mecanismos básicos de cognição. Os autores argumentam que, se por um lado é importante detectar esse declínio, por outro, esses estudos podem não estar refletindo acuradamente a amplitude potencial das habilidades dos idosos e de seu conhecimento.

Castel et al. (2011) sugerem uma dissociação entre a capacidade de memorizar grandes quantidades de estímulos e a capacidade de selecionar os estímulos a serem memorizados. Desse modo, se nos estudos sobre diferenças de desempenho os idosos têm resultados inferiores aos de sujeitos mais jovens, nas tarefas que contemplam a seletividade de estímulos a serem memorizados, eles se distinguem pela habilidade de selecionar bem as informações que lhes são úteis para a resolução de problemas e tomada de decisões importantes.

Essas colocações propõem uma mudança de cenário, pois o fato de que em vários estudos os idosos não têm um desempenho expressivo na retenção de novos conteúdos fica ofuscado pelo sucesso na seletividade dos estímulos prévia à memorização, sendo essa uma habilidade importante na condução de decisões sábias.

Como passos para futuras investigações, Castel et al. (2011) também sugerem que a seletividade e o controle estratégico da memória sejam associados a diferenças na funcionalidade e nas conexões entre as regiões do cérebro, especificamente a área frontal e o hipocampo, já que são essas conexões que mudam com a idade. Assim, as mudanças ocorridas ao longo da vida de uma pessoa também são acompanhadas de mudanças neuropsicológicas. Consequentemente, as formas de lidar com as mudanças de memória, ou seja, a metacognição, podem estar associadas à questão da seletividade sábia.

Castel et al. (2011) apontam ainda para a necessidade de se compreender como e por que a informação importante é mais bem codificada e lembrada. Para tanto, faz-se necessário que se compreendam os fatores que moderam o efeito. Como os idosos aprendem a identificar e lembrar-se de informações importantes é uma questão que fica em aberto. Uma sugestão para investigações futuras é a de se verificar até que ponto a seletividade está diretamente relacionada com a experiência de vida, a cultura e a sabedoria.

UM CAMINHO PARA O BEM-ESTAR: INTELIGÊNCIA *VERSUS* RACIOCÍNIO SÁBIO

Nesse momento, recorreremos à literatura de Grossmann (2012), cujo conjunto de estudos experimentais adota os conceitos de sabedoria e raciocínio sábio em contextos interindividuais e intergrupais que envolvem questões de conflito, assumindo-se que as habilidades superiores de raciocínio levem a um maior bem-estar. Porém, segundo Grossmann (2012), os pesquisadores que o antecederam não deram conta da tarefa de demonstrar claramente tal pressuposto (CAMPBELL; CONVERSE; ROGERS, 1976; DIENER; FUJITA, 1995). O autor supõe que tal fracasso se deva ao fato de que os colegas que o antecederam se concentraram na noção de raciocínio analítico e não na de pensamento sábio. Além disso, critica os estudos anteriores por não incluírem em seus instrumentos a questão da habilidade de participação e negociação nas relações sociais, bem como tópicos e assuntos reais e importantes aos participantes.

Ele aceita o pressuposto de que o raciocínio superior possa estar relacionado com o bem-estar, mas, além disso, aceita que a premissa seja verdadeira para o raciocínio pragmático, opondo-se ao abstrato. O raciocínio pragmático se caracteriza por ser influenciado pelas experiências de vida e por estar situado num contexto social específico.

Sabedoria tem sido definida de várias formas, mas há também um consenso, conforme Grossmann, de que ela envolve o uso de certos tipos de raciocínios pragmáticos, que são pró-sociais e ajudam o indivíduo a navegar através dos desafios da vida social. O Paradigma da Sabedoria de Berlim definiu sabedoria como um conhecimento útil para lidar com os problemas da vida, inclusive uma consciência dos vários

contextos de vida e de como estes variam ao longo do tempo, reconhecendo as incertezas da vida e as formas de lidar com elas e que valores e objetivos diferem entre as pessoas.

Os neopiagetianos Basseches (1980) e Kramer (1983, 2000) encaram o raciocínio como um conjunto de esquemas cognitivos que também estão envolvidos no pensamento sábio e que incluem: o reconhecimento do ponto de vista do outro, a apreciação de contextos mais amplos do que o tópico que está sendo tratado, a sensibilidade no que tange à possibilidade de mudança nas relações sociais, o reconhecimento da probabilidade de múltiplos desfechos em um conflito, a preocupação com a resolução de conflitos e a preferência pelo compromisso entre os pontos de vista opostos. Esses autores influenciaram o pensamento de Grossmann (2012), que decidiu investigar mais a fundo a relação entre bem-estar e pensamento sábio, criando um conjunto de categorias que suprem os pontos criticados. Assim, encarando sabedoria como sendo parte de um processo, Grossmann (2012) conceitua sabedoria como um conjunto de estratégias de raciocínio que podem ser aplicáveis e benéficas ao longo de um amplo número de conflitos sociais. Nesse caso, sabedoria é vista não como um conhecimento estático sobre um determinado conflito, mas, sim, como o uso de um raciocínio dinâmico e de estratégias que podem ser utilizadas em vários domínios.

Os estudos que compuseram sua tese de doutorado fizeram parte de um programa de pesquisa mais amplo, realizado no Laboratório de Zajonc, em Michigan (GROSSMANN, 2012). Tais estudos foram conduzidos em ambientes socialmente agradáveis e confortáveis. Foi tomado um cuidado especial para não levar os sujeitos a sentirem pânico frente às tarefas de testes de habilidade cognitiva e à possível ameaça ligada a estereótipos relacionados à idade (*ageism*).

Grossmann se utiliza de entrevistas estruturadas para chegar a um construto social de sabedoria a ser considerado e medido a partir da descrição de um material rico em realidade de conflitos sociais, sendo que os raciocínios implícitos são levados em conta num questionário que engloba as dimensões desejadas, operacionalizadas em frases que contemplam situações reais. Foram medidas seis amplas estratégias de raciocínio sábio na análise de conteúdo dos respondentes. Os componentes encontrados se caracterizaram como o reconhecimento: 1) das perspectivas das pessoas envolvidas no conflito; 2) da possibilidade de mudança; 3) dos possíveis múltiplos desdobramentos do conflito; 4) da incerteza e dos limites do conhecimento; 5) da importância de buscar um compromisso entre os pontos de vista opostos e 6) da importância de prever a resolução de conflitos. A validade dessas medidas de raciocínio sábio foi demonstrada num estudo recente que envolveu pesquisadores e conselheiros *experts* na questão da sabedoria.

Participaram 241 adultos, metade homens e metade mulheres, de três *cohorts* (25-40, 41-59 e 60-90 anos de idade). O material estímulo consistia em jornais e recortes de artigos a respeito de conflitos. Os tópicos versavam sobre diferenças étnicas, recursos naturais e política. Os sujeitos eram entrevistados e motivados a expor seu ponto de vista segundo questões como: o que você acha que vai ocorrer depois disso? Algo mais? Por que você acha que vai ocorrer dessa forma? Numa próxima sessão, os sujeitos liam três cartas que descreviam um dilema pessoal (entre amigos, esposos e vizinhos), selecionadas de uma coluna de jornal famosa que discutia com o leitor sobre seus problemas, oferecendo conselhos. Cada sessão durava em média 30 minutos.

Na codificação dos resultados, foram utilizados juízes que desconheciam as hipóteses e não tinham acesso à idade dos respondentes. As respostas foram analisadas por meio das seis dimensões mencionadas a seguir: 1) considerar as perspectivas de todos os envolvidos; 2) reconhecer a possibilidade de mudança; 3) elencar as múltiplas possibilidades de como um conflito pode se desenvolver; 4) avaliar os limites do próprio conhecimento e reconhecer a incerteza; 5) buscar compromisso e 6) prever resolução de conflito.

Cabe ressaltar que, em condições de conflito intergruppal, resultados relativos à rapidez no processamento de tarefas estiveram negativamente correlacionados com o raciocínio sábio, enquanto as habilidades verbais cognitivas apresentaram uma associação positiva com ele. Além disso, raciocínio sábio esteve associado a maior satisfação de viver, com menos afetos negativos, com relacionamentos mais resolvidos, com menor tempo envolvido com depressão e pensamentos recorrentes e com um uso mais elevado de palavras positivas e longevidade. As duas linhas de pesquisa consideradas são exemplos do uso do método experimental na construção de um marco teórico articulado e estruturado, que vem trazer uma contribuição positiva e um novo *status* para a teorização sobre sabedoria, a qual recebeu no passado certo descaso por parte da comunidade acadêmica por ser vista como um conceito amplo e pouco explicativo.

A seguir, retomaremos algumas das contribuições passadas e diretamente relacionadas com o conceito de sabedoria. Tais contribuições têm sido retomadas pela mídia, já que a geração *baby boomer*, que entra agora na terceira idade, cada vez mais exige da sociedade, da ciência e da mídia uma inserção clara no cenário social.

O CONCEITO DE SABEDORIA REVISITADO

Os jornais e a *internet* têm ocupado um papel de difusão dos conteúdos científicos e suas ações interessam de perto aos investigadores voltados à questão das representações sociais. Especificamente nesta pesquisa, interessa-nos observar como a divulgação científica sobre a sabedoria e o envelhecimento pode contribuir na construção do senso comum. Um jornalismo sério e bem informado tem praticado a divulgação das descobertas científicas sobre o envelhecimento e a sabedoria, num contexto norte-americano e internacional, auxiliando na recuperação de conteúdos que têm funções específicas em nossas sociedades atuais.

Hall (2007), em um artigo bastante mencionado e publicado há oito anos no *The New York Times*, profetizava acerca do surgimento de uma nova maneira de envelhecer quando se referiu à nova maturidade e à hipótese de que, quanto mais velho, mais sábio. O autor faz uma resenha de todos os estudiosos que, de uma forma ou de outra, estiveram relacionados entre si e mantiveram tradições de estudo que estavam diretamente ligadas à pesquisa a respeito de sabedoria ou contemplavam marcos teóricos próximos ao conceito.

No artigo a respeito da contribuição de Erik Erikson, Hall (2007) inicia abordando tratado do teórico sobre as fases de desenvolvimento de vida, o qual identificou sabedoria como sendo um produto do processo de envelhecimento, embora não floresça necessariamente na vida de cada indivíduo. Ele aponta o primeiro estudo formal acerca do envelhecimento num contexto acadêmico como tendo sido o realizado por Vivian Clayton, que foi inspirada pelo pai e pela avó como modelos de sabedoria em sua vida. Entre os anos de 1976 e 1982,

Clayton publicou artigos que são reconhecidos como sendo os pioneiros no que diz respeito à sugestão de um estudo científico da sabedoria. Durante esses anos, ela manteve uma proximidade com Paul Baltes, que trabalhava na Universidade do Estado da Pensilvânia.

Baltes monitorou e incentivou os trabalhos de Clayton até quando ela publicou seu último artigo, em 1982, e abandonou a academia de vez. Os estudos sobre sabedoria passaram então a ser desenvolvidos pela equipe de Baltes, o qual se mudou para Berlim em 1980 para se tornar diretor do *Max Planck Institute for Human Development*.

O Paradigma de Berlim definia sabedoria como um sistema de conhecimento especializado respectivo à pragmática fundamental da vida. Tratavam da sabedoria em ação, estando pouco interessados nas questões ligadas à personalidade. Embora bastante respeitada, a produção sobre sabedoria sempre se manteve distante na admiração dos acadêmicos, que consideravam o conceito como sendo elusivo e nebuloso.

Hall (2007) segue seu artigo mostrando as ligações de outros acadêmicos que até hoje têm uma participação forte na produção de pesquisa norte-americana e que tiveram o início de suas carreiras marcadas pelos interesses de Clayton e Baltes, quais sejam: Laura Carstensen e Monika Ardelt.

Laura Carstensen é professora de Psicologia na Universidade de Stanford e diretora fundadora do Centro de Estudos de Stanford sobre Longevidade. Quando foi mencionada por Hall em seu artigo no *The New York Times*, em 2007, seu trabalho se destacava principalmente pela pesquisa que examinava o papel regulador das emoções e o desempenho dos idosos em tal controle. Carstensen e os pesquisadores associados ao seu trabalho descobriram, em seus estudos dentro e fora do

laboratório de pesquisa, que, apesar do declínio cognitivo bem documentado associado à idade avançada, as pessoas idosas parecem ter a chave para lidar com suas emoções de uma forma importante. Os idosos apresentam maior resiliência e tendem a focalizar mais nos aspectos positivos das situações, quando comparados com sujeitos mais jovens. Embora não esteja interessada nas questões diretamente ligadas à sabedoria, ela admite na entrevista dada a Hall que as regulações emocionais vistas nos sujeitos idosos, em suas pesquisas, são consistentes com as qualidades identificadas pelos pesquisadores interessados em sabedoria. Admite, então, que a positividade observada nas respostas dos idosos teve consequências sobre sua longevidade. Carstensen obteve seu doutorado em um programa fundado por Baltes. Uma das críticas que ela reconhece como sendo feita ao trabalho desenvolvido na escola de Berlim é que eles deixaram a emoção de fora.

Ardelt (2003), de origem alemã, passa a ser conhecida pela escala por ela desenvolvida para a mensuração de sabedoria. Ela começou seu trabalho a partir do legado de Vivian Clayton, para a qual a emoção faz parte central de sua pesquisa sobre sabedoria. Em 1997, recebeu um financiamento para desenvolver um teste que acessasse sabedoria e se aproximasse do conceito de resiliência, ou seja, tinha a intenção de responder a questão de como alguns idosos são capazes de lidar com a adversidade e retornar a um equilíbrio emocional anterior, enquanto outros não o conseguem. Ela reconhece que o fato de que a pessoa lide bem com uma crise indica um caminho para que talvez possa se tornar sábia. Desenvolve a escala tridimensional de sabedoria que envolve aspectos cognitivos, reflexivos e emocionais. A escala original tinha 132 questões. Na atualidade, ela conta com 32 itens.

O artigo de Hall tem a função de divulgar aspectos de uma linha de trabalho que está sendo retomada atualmente pela importância que se tem atribuído ao número crescente de idosos com idade mais avançada. Quando o artigo foi lançado, em 2007, o *The New York Times* já considerava como palavras-chave associadas ele: *baby boomers*, envelhecimento, sabedoria, idade madura, medicina e saúde. Todavia, o autor não termina o artigo com considerações futuras sobre a população idosa, mas sim com uma série de questões que ficam em aberto.

Em março de 2014, o *The New York Times* lançou outro artigo seminal a respeito da questão do envelhecimento, dessa vez, a única palavra-chave que o guiava era aposentadoria.

Korkki se utiliza da mesma chamada que Stephen Hall, ou seja, a hipótese do quanto mais velho, mais sábio (*The Older and Wiser Hypothesis*), porém, no cabeçalho, ela se refere à ciência por detrás da hipótese (*The Science of Older and Wiser*). Essa nuance na chamada do artigo reflete as mudanças que as descobertas científicas sobre a sabedoria trouxeram tanto no âmbito da ciência, ou seja, nas atitudes dos cientistas frente ao conceito sabedoria, como no âmbito das políticas públicas e aplicações da pesquisa na área. Tudo isso está muito relacionado com o fato de que a geração *baby boomer* atinge a idade da aposentadoria exatamente agora, em torno de 2015, e é necessário que se tenha uma estratégia clara acerca de como agir com esse grupo geracional que tem causado um impacto em várias dimensões na sociedade norte-americana em específico, mas também em indivíduos da mesma faixa etária que participam da cultura global.

Korkki (2014) revisita rapidamente a produção científica dos personagens mencionados por Hall, tais como Clayton, Carstenten e Ardel, em entrevistas, mas a ênfase do artigo

está na desconstrução da ideia de que o cérebro velho é menos eficiente. A autora não questiona o *status* científico do termo sabedoria, contudo aponta para um consenso entre os psicólogos na definição de sabedoria como estando associada à manutenção de um bem-estar positivo e amabilidade frente aos desafios, sendo essa uma das importantes qualidades para envelhecer com sucesso. Korkki (2014) recorre às pesquisas mais atuais, que sugerem que o funcionamento cognitivo dos idosos é mais lento. Deve-se ponderar que velocidade não é tudo, já que a ciência cognitiva vem apontando para o fato de que os idosos têm mais informação armazenada em seus cérebros do que os jovens, além do que a qualidade de informação no cérebro mais velho é repleta de nuances.

Os artigos atuais voltados à divulgação de aspectos relevantes da ciência, publicados na *internet*, permitem que se visitem vários *links* associados. Nessa perspectiva, Korkki (2014) se utiliza de uma linguagem palatável e simples, levando o leitor que já possui um nível de alfabetização científica mais acurada no assunto a visitar outras opções mais informativas, como jornais científicos e livros especializados. Além disso, o leitor também pode ter acesso a outros artigos científicos escritos por jornalistas que informam sobre assuntos bastante próximos aos do seu interesse.

No caso de artigo científico jornalístico ligado ao tópico, podemos mencionar Benedict Carey (2014), que se refere à Nova Velhice (*The New Old Age*). Carey enfatiza que os testes psicológicos usados em experimentos para medir a rapidez de respostas dadas por jovens e idosos podem ser em grande parte considerados enviesados em direção aos jovens. Uma das razões é que a mente dos cidadãos mais velhos organiza informações diferentemente dos jovens. Para embasar o seu estudo, o autor

menção artigos que corroboram tais afirmações como é o caso do estudo de Ramscar et al. (2014). Publicado no jornal *Topics in Cognitive Science*, esse artigo utiliza um modelo que lida com um grande número de dados, palavras e frases. Assume-se que o idoso educado, em geral, sabe mais palavras do que o jovem, simplesmente porque tem mais tempo de vida do que o último. O estudo experimental simula o que ocorre quando um cérebro mais cheio de informação busca uma palavra. Ramscar et al. (2014) confessam que as palavras déficit e declínio não são as mais adequadas para serem usadas nesse contexto. Os autores admitem que os neurocientistas têm razão em acreditar que a velocidade do processamento neural, assim como outros reflexos, diminui através dos anos, contudo os estudos sobre a anatomia do cérebro mostram que ele passa por mudanças estruturais que podem afetar a memória e o seu processamento. Um dos pontos relevantes levantados é que a inteligência cristalizada (vocabulário, expertise, conhecimento) concorre com a inteligência fluida (memória de curto prazo, raciocínio analítico, atenção). Nos idosos, a inteligência cristalizada diminui a fluida. É como se a mente mais velha fosse uma mente mais cheia. Assim, pode-se concluir que os idosos não são mais lentos, mas sim que eles sabem muito.

Um autor que acrescenta às ideias aqui expostas é Goldberg (2005), que discute o paradoxo da sabedoria. Ele argumenta que se por um lado algumas habilidades mentais declinam quando a mente envelhece, por exemplo, a evocação da memória recente, por outro lado, há momentos de extrema lucidez e clareza mental que o cérebro maduro manifesta e que estão relacionadas com a sua habilidade em reconhecer padrões baseados em experiências anteriores. A sabedoria estaria na base desse novo poder mental e é fruto do desenvolvimento de

estruturas que o cérebro desenvolve ao longo do curso de vida. Goldberg se declara um neurocientista que faz parte da geração *baby boomer*. Admite que o aumento acentuado do número de nascimentos pós-guerra é um fenômeno universal que pode ser reconhecido em vários países. Como todos os membros de sua geração, preocupa-se com o envelhecimento e com aspectos relacionados à saúde e à participação social dos idosos. Em seu trabalho, limita-se a analisar a sabedoria apenas na dimensão cognitiva, observando e teorizando sobre o que ele chama de reconhecimento de padrões.

Uma recente publicação de Poo (2015), que dentre vários prêmios se destaca por receber o prêmio *Time*, oferecido às pessoas mais influentes no mundo, trata do cuidado intergeracional. Poo (2015), em seu livro *The Age of Dignity* (*A idade da dignidade*), alerta para os impactos do que ela chama de “explosão de idosos”. A explosão demográfica (*baby boom*) ocorrida no período pós-guerra, entre 1946 e 1964, nos Estados Unidos da América, ocasiona o grande número de aposentadorias exatamente agora em 2015. Poo (2015) chama a atenção para o fato de que a cada oito segundos um cidadão americano completa 65 anos de idade. Muitos idosos estão vivendo até os 90 anos ou mais, devido ao avanço tecnológico e às descobertas científicas que tiveram um efeito sobre o cuidado e a saúde.

Se esse fato for estendido a outros países, temos em nível global um grande desafio, que se resume em encontrar formas de dar assistência a idosos que carecem de apoio parcial ou total no suprimento de suas necessidades. No caso dos idosos independentes, o desafio consiste em buscar maneiras de inserção social para que possam colocar seus conhecimentos e capacidades a serviço de suas comunidades.

Poo (2015) argumenta que, se conseguirmos encarar essa mudança demográfica com positividade e vê-la como uma benção, esse aumento significativo de pessoas da terceira idade que chegam à aposentadoria pode ser um evento poderoso que trará muitas oportunidades à sociedade. Muito mais pessoas terão de ser treinadas para oferecer apoio e a sociedade terá de se reorganizar para atender a essas necessidades. Além disso, os valores e as crenças sociais precisarão ser discutidos para acolher essas mudanças de forma que todos os cidadãos possam viver com dignidade, incluindo os idosos dependentes e semi-dependentes. Em contrapartida, deve haver um esforço coletivo na inclusão social dos idosos, garantindo seu direito de participação ativa em atividades sociais que tratem de seus interesses, o que implica repensar relações como: médico-paciente, cuidador-paciente e familiar-paciente. A dignidade do idoso está relacionada diretamente com a possibilidade de manter sua autonomia e independência até onde for possível, aspectos que demandam um esforço coletivo.

Em um capítulo escrito por Jouet, Flora e Las Vergnas (2010), os autores discutem, entre outros, o conceito de saber experiencial dos doentes. Eles tratam da construção e do reconhecimento dos saberes experienciais dos pacientes, especialmente nos casos de doenças crônicas. O conceito remete à questão do empoderamento (*empowerment*) e a uma versão mais democrática da saúde, em que os estudos apontam para maior adesão no tratamento, maior qualidade de vida, autonomia e participação nas decisões.

Bandura (2010) reconhece a importância da autorregulação na promoção da saúde. Nessa ótica, dá-se mais ênfase à promoção da saúde e menos ao manejo da doença.

Admite-se, desse modo, que há menos custos envolvidos quando o paciente é treinado para se tornar o ator e agente de sua vida, influenciando, assim, suas mudanças de hábitos de saúde. Nessa abordagem, os conceitos de autocuidado e de autorregulação são centrais. O autor reconhece que o sentimento de eficácia experimentado pelo paciente age sobre o seu metabolismo de forma positiva, mencionando, inclusive, casos em que há regressão biológica da doença, redução da dor e melhoria na qualidade de vida. Essas ideias já estão sendo colocadas em prática no sistema de saúde francês e podem ser instrumentais se migrarem para um marco teórico voltado ao cuidado do idoso. Além disso, o conceito de saber experiencial pode ser enriquecido pelas noções de sabedoria e de pensamento sábio anteriormente revistas.

CONCLUSÕES

A categoria sabedoria tem aparecido nos estudos sobre representações sociais do envelhecimento e surge com mais força nos dados a respeito de representações sociais de envelhecimento positivo (NASCIMENTO-SCHULZE, 2011; NASCIMENTO-SCHULZE et al., 2009). Dentro de um novo paradigma de envelhecimento, a categoria sabedoria ocupa posição de destaque. Aparece nas propostas da UNESCO e da OMS como elemento central na justificativa de que ocorrerão ganhos para a sociedade como consequência da inclusão dos idosos nas relações intergeracionais.

Os estudos sobre sabedoria foram iniciados num contexto social em que havia preconceitos e estereótipos sociais negativos em relação ao grupo de idosos (*ageism*). Tais estereótipos

foram demonstrados e amplamente rejeitados por outros estudos e pelos pressupostos da OMS, que propôs o conceito de envelhecimento ativo.

Atualmente, várias linhas de pesquisa buscam destacar os ganhos cognitivos trazidos com o envelhecimento. Um estudo intercultural acerca do envelhecimento focado nas representações sociais compartilhadas se utiliza de uma escala voltada à sabedoria (LOCKENHOFF et al., 2012) e conclui que sabedoria é vista por sujeitos de diferentes culturas como sendo um fator que aumenta com o passar dos anos. Os estudos comparativos intergeracionais retomam o conceito de sabedoria buscando dar-lhe mais clareza e operacionalidade (CASTELL et al., 2011; GROSSMANN et al., 2013). Por outro lado, pesquisas de linguistas e neurocientistas (GOLDBERG, 2005; RAMSCAR et al., 2014) sugerem que o idoso sabe muito e por isso é mais lento, bem como que há mudanças estruturais no cérebro, acompanhadas de outra forma de processar os dados. O cérebro maduro reconhece padrões dentre as inúmeras experiências passadas que levam o idoso a tomar decisões que podem ser consideradas como sendo sábias.

Desde a última década, o conceito de sabedoria tem sido retomado pela mídia (jornais e *internet*), sendo que os resultados de pesquisa na área vêm sendo divulgados com o aparente propósito de mudar as atitudes do público frente ao envelhecimento. No caso dos EUA, a onda de aposentados que ocorrerá em 2015 estará colocando em xeque o sistema de saúde e as finanças do país. Os membros da sociedade civil e os órgãos governamentais buscam responder aos *baby boomers* com propostas de inclusão social e de assistência digna aos idosos.

Propostas futuras, que incluem respostas à realidade brasileira, inclusive, poderão estar inspiradas na experiência

francesa de gestão participativa na saúde, em que os doentes são ouvidos e decidem sobre os passos do tratamento baseados em seu *saber experiencial*. A teoria das representações sociais pode oferecer uma abordagem teórico-metodológica de apoio a essa problemática, na medida em que as representações sobre tópicos relevantes à questão do envelhecimento e sabedoria dos idosos podem ser diagnosticadas, cotejadas e consequentemente discutidas com os próprios grupos sociais envolvidos, seja na gestão dos idosos quanto a suas próprias vidas, seja na utilização dos saberes dos idosos na resolução de problemas comunitários.

Baltes já havia percebido a vocação da teoria das representações sociais no estudo da sabedoria, o que está registrado em uma publicação da revista *American Psychologist*, lançada na virada do milênio (BALTES; STAUDINGER, 2000). No início do artigo, os autores reconhecem a iniciativa da revista ao permitir que o grupo de Berlim apresente os resultados de seus trabalhos sobre sabedoria, caracterizando tal atitude como tendo uma marca positiva, na medida em que possibilita que os estudos sobre sabedoria passem por um período de rejuvenescimento. Ao se referirem às teorias implícitas de sabedoria, Baltes e Staudinger (2000, p. 123)¹ confirmam a importância dos estudos sobre representações sociais, quando afirmam:

[...] Aqui se coloca uma questão de como o termo sabedoria é usado na linguagem cotidiana e como as pessoas sábias são caracterizadas.

¹At stake here is the question of how the term wisdom is used in everyday language and how wise persons are characterized. In our assessment, results on implicit conceptions of wisdom and wise persons permit five conclusions about the concept of wisdom: (a) Wisdom is a concept that carries specific meaning that is widely shared and understood in its language-based representation [...].

Nossos resultados sobre concepções implícitas de sabedoria e pessoas sábias permitem cinco conclusões sobre o conceito de sabedoria: (a) Sabedoria é um conceito que carrega um significado específico que é amplamente compartilhado e compreendido na sua representação baseada na linguagem [...]

REFERÊNCIAS

ARDELT, M. Empirical Assessment of a Three-Dimensional Wisdom Scale. **Research on Aging**, Thousand Oaks, v. 25, n. 3, p. 275-324, maio 2003.

BALTES, P. B. Theoretical propositions of lifespan developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. **Developmental Psychology**, Washington, v. 23, n. 5, p. 611-626, 1987.

BALTES, P. B.; STAUDINGER, U. M. Wisdom: a metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. **The American Psychologist**, Washington, v. 55, n. 1, p. 122-136, 2000.

BANDURA, A. L'importance primordiale de l'autorégulation dans la promotion de la santé. **Usagers-experts: la part du savoir des malades dans le système de santé**, n. 58-59, p. 95-109, jan./jun. 2010.

BASSECHES, M. Dialectical schemata: a framework for the empirical study of the development of dialectical thinking. **Human Development**, Berkeley, n. 23, v. 1, p. 400-421, 1980.

BLANCHARD-FIELDS, F.; HORHOTA, M.; MIENALTOWSKI, A. Social Context and Cognition. In: HOFER, Scott M.; ALWIN, Duane F. **Handbook of Cognitive Aging: interdisciplinary Perspectives**. Thousand Oaks: SAGE, 2008. Chapt 37. p. 614-628.

CAMPBELL, A.; CONVERSE, P. E.; ROGERS, W. L. **The quality of American life: perceptions, evaluations, and satisfactions.** New York: Russel Sage Foundation, 1976.

CAREY, B. The Older mind may just be a fuller mind. The New Old Age. Online version. **The New York Times**, New York, January 27, 2014. Caring and coping section, page D3.

CASTEL, A. D. et al. The development of memory efficiency and value-directed remembering across the Life Span: A cross-sectional study of memory and selectivity. **Developmental Psychology**, Washington, v. 47, n. 6, p. 1553-1564, 2011.

CASTEL, A. D.; MC GILLIVRAY, S.; FRIEDMAN, M. C. Metamemory and memory efficiency in older adults: learning about the benefits of priority processing and value-directed remembering. In: NAVEH-BENJAMIN, M.; OHTA, N. (Ed.). **Memory and aging: current issues and future directions.** New York: Psychology Press, 2012. p. 245-270.

CLAYTON, V. A. **Multidimensional scaling analysis of the concept of wisdom.** 1976. (Dissertation in Psychology) – Graduate School, Psychology, University of Southern California, 1976.

_____. Wisdom and intelligence: the nature and function of knowledge in the later years. **Journal of aging and human development**, Thousand Oaks, v. 15, p. 315-323, 1982.

DIENER, E.; FUJITA, F. Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. **Journal**

of Personality and Social Psychology, Washington, v. 68, n. 5, p. 926-935, 1995.

EUROPEAN COUNCIL CONCLUSIONS ON ACTIVE AGEING. **3019th Employment, Social Policy Health and Consumers Affairs Council Meeting**. Luxembourg, 7 jun. 2010.

GERGEN, M. M.; GERGEN, K. J. Positive Aging: new images for a New Age. In: GUBRIUM, J. F.; HOLSTEIN, J. A. (Ed.). **Ways of Aging**. Blackwell: Oxford, 2002. p. 203-224.

GOLDBERG, E. **The wisdom paradox**: how your mind can grow stronger as your brain grows older. New York: Gotham Books, 2005.

GROSSMANN, I. **Getting wisdom**: aging, culture and perspective. Dissertation (Ph.D.) – Social Psychology Department, University of Michigan, 2012.

GROSSMANN, I. et al. A route to well-being: intelligence vs. wise reasoning. **Journal of experimental psychology: General**, Washington, v. 142, n. 3, p. 944-953, 2013.

HALL, S. The older-and-wiser hypothesis. **The New York Times**, New York, 6 may. 2007. The new middle ages. p. 58-66.

HERTZOG, C. et al. Enrichment effects on adult cognitive development. **Psychological science in the public interest**, v. 9, n. 1, p. 1-65, 2009.

JOUET, E.; FLORA, L.; LAS VERGNAS, O. Construction et reconnaissance des savoirs experientiels des patients.

Usagers-experts: la part du savoir des malades dans le système de santé, n. 58-59, p. 13-94, jan./jun. 2010.

KORKKI, P. The science of older and wiser. **The New York Times**, New York, 12 mar. 2014. Special section on retirement. pF1.

KRAMER, D. Post-formal operations? a need for further conceptualization. **Human Development**, Berkeley, v. 26, p. 91-105, 1983.

_____. Wisdom as a classical source of human strength: conceptualization and empirical inquiry. **Journal of Social and Clinical Psychology**, Tallahassee, v. 19, p. 83-101, 2000.

LEVY, B. R. et al. Longevity increased by positive self-perception of aging. **Journal of personality and social psychology**, Washington, v. 83, n. 2, p. 251-270, 2002.

LÖCKENHFF, C. E. et al. Perceptions of aging across 26 cultures and their culture-level associates. **Psychology and aging**, Washington, v. 24, p. 941-954, 2009.

NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. et al. Atitudes frente ao novo paradigma ambiental. Um estudo no contexto turístico de Florianópolis. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 215-224, 2002.

NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. et al. Representações de envelhecimento ativo e positivo nos contextos Sul e Nordeste do Brasil. In: JORNADA INTERNACIONAL DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS. SIMPÓSIO SOBRE ABORDAGEM PSICOSSOCIAL DO

ENVELHECIMENTO HUMANO, 4., 2009, Buenos Aires. **Anais...** Buenos Aires, 2009.

NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. Social representations of ageing shared by different age groups. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 43-57, 2011.

NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; GARCIA, Y.; ARRUDA, D. C. Health paradigms, social representations of health and illness and their central nucleus. **Papers on social representations**, v. 4, n. 2, p. 187-198, 1995.

NOSEK, B. A.; BANAJI, M. R.; GREENWALD, A. G. Harvesting implicit group attitudes and beliefs from a demonstration website. **Group Dynamics**, Washington, v. 6, p. 101-115, 2002.

POO, A. J. The Age of Dignity: preparing for the elder boom in a changing America. New York: The New Press, 2015.

RAMSCAR, M. et al. The myth of cognitive decline: non-linear dynamics of lifelong learning. **Topics in cognitive science**, Singapore, v. 6, n. 1, p. 5-42, 2014.

ROGER, D.; LE RIBAULT, J. **La Conquête de l'âge**. Paris: Editions UNESCO; Cofimag, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Active ageing**: a policy framework, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/publications/active/en/index.html>>. Acesso em: 19 ago. 2002.

CAPÍTULO 2

CONTRIBUIÇÕES PARA UMA GERONTOLOGIA CRÍTICA

JORGE CORREIA JESUÍNO

(Instituto Universitário de Lisboa/ Universidade de Évora, Portugal.)

TATIANA DE LUCENA TORRES

(Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil)

CÉLIA CASACA SOARES

(Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal.)

ANTONIA OLIVEIRA SILVA

(Universidade Federal da Paraíba, Brasil.)

RESUMO

O argumento que procuramos apresentar articula-se em três momentos: (1) enunciar os termos em que o envelhecimento é hoje considerado um problema central nas sociedades contemporâneas desenvolvidas, (2) procurar medidas para fazer face ao envelhecimento, designadamente por meio da inovação social e (3) indicar algumas das barreiras de carácter psicossociológico que, em termos manifestos ou latentes, poderão contribuir para dificultar uma desejável aproximação intergeracional.

POSIÇÃO DO PROBLEMA

Vale a pena recordar as palavras tão citadas do Papa Francisco em uma entrevista que concedeu, em 1º de outubro de 2013, ao polémico jornalista italiano Eugenio Scalfari, publicada no diário *La Repubblica*.

Os dois mais graves problemas que afligem o mundo nestes anos são a desocupação dos jovens e a solidão em que vimos deixando os velhos. Os velhos têm necessidade de cuidados e de companhia, os jovens de trabalho e de esperança, mas não têm uma nem outra e o problema é que deixaram de procurar.

Os problemas sociais são cada vez mais de natureza sistêmica. Tudo se acha interligado, tornando-se difícil encontrar soluções específicas para segmentos isolados da população. As alterações demográficas resultantes dos progressos da tecnologia se constituem certamente como benefícios de que somente nós podemos nos regozijar, além de introduzir desequilíbrios a vários níveis, para os quais não parecem descortinar-se soluções a curto prazo.

A tradicional segmentação das idades da vida tornou-se problemática, dando lugar a uma renovada reflexão dos filósofos e cientistas sociais, que, em algumas expressões mais radicais, levam inclusivamente a pôr em causa o próprio conceito de categoria etária (GULLETTE, 2004). Na verdade, as fronteiras tornaram-se mais fluidas, proporcionando uma discussão atualmente sobre quando se dá a transição da juventude para a idade adulta, bem como a respeito de quando começa a chamada terceira idade, devido, em grande parte, à multiplicidade de fatores contingenciais desafiando qualquer tentativa de periodização consensual. Autores como Dechavanne e Tavoillot (2007) consideram, assim, que a própria idade adulta, tradicionalmente estável, possa sentir-se vulnerável ou mesmo com a sua identidade social ameaçada, sobretudo nas zonas de fronteira.

Hoje, responder à questão de quando começa a terceira idade em termos meramente cronológicos torna-se cada vez menos aceitável do ponto de vista científico, ainda que política e administrativamente se persista no recurso a critérios rígidos e por isso mesmo mais simplistas. Alguns de nossos estudos empíricos (TORRES, 2010; TORRES et al., 2015) têm demonstrado que a dificuldade em determinar o início das fases da vida é algo comum para diferentes grupos etários, sendo que entrar na fase da velhice tem sido algo preterido, inclusive pelos próprios idosos. Parece que ninguém quer envelhecer!

Possivelmente, não haverá alternativa, argumenta-se. Porém, vale a pena recordar Einstein, o qual, embora noutros domínios menos turbulentos, observava que tentar soluções para novos problemas recorrendo a fórmulas do passado conduz invariavelmente ao fracasso. É necessária uma mudança de “paradigma”, noção ambígua, tornada como lugar comum, que se traduz em necessidade de mudança quando aquilo que o sistema possivelmente requer seria uma regulação da própria mudança, de preferência a retroações em curto prazo.

Pensar o envelhecimento enquanto problema, simultaneamente novo e antigo, não dispensaria, assim, um enquadramento mais abstrato. Sem ir tão longe, poderemos mantê-lo como horizonte, ajudando a melhor entender os limites com que se debate a procura de soluções para problemas que exigiriam uma imaginação sociológica mais ambiciosa.

INOVAÇÃO SOCIAL

A inovação social constitui hoje em dia uma palavra de ordem. A inovação tornou-se o motor do desenvolvimento, seja no mundo empresarial, seja na tecnologia em estreita e mútua interdependência. Além disso, os problemas sociais requerem criatividade e inovação, em grande medida inexploradas, havendo que estimular e tornar manifesto o que se encontra latente em todo o tecido social, em termos individuais ou coletivos. A criatividade não é mais do que uma modalidade da inteligência e, dessa forma, acha-se distribuída de acordo com as leis da curva normal.

Para fazer face aos problemas trazidos pelo acréscimo da longevidade, igualmente, tem-se invocado a necessidade de recorrer à inovação social. Nomeadamente, 2012 foi o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo, constituindo essa noção de “envelhecimento ativo” o mote por excelência da inovação social. A filosofia subjacente à inovação social no domínio do envelhecimento não difere basicamente da que tem sido desenvolvida noutros domínios societais e organizacionais.

A ideia básica parece residir nas iniciativas locais, ou seja, na aposta da criatividade imanente de preferência às soluções hierarquicamente impostas de cima para baixo. Inverte-se a pirâmide, uma imagem muito disseminada na retórica organizacional, em paralelo com uma resolução significativa da “distância do poder”. Por outro lado, coloca-se o acento na “atividade”, entendendo-se por tal um acréscimo da responsabilidade dos indivíduos pela gestão de si próprios, seja no domínio da saúde e bem-estar físico e mental, seja na autonomização crescente das suas atividades e da sua contribuição para a sociedade.

A noção de envelhecimento ativo já se encontra, de resto, operacionalizada na Europa, mediante a criação de um índice construído a partir de dados objetivos, como: (1) taxas de emprego acima dos 55 anos, (2) participação na sociedade (voluntariado, prestação de cuidados a crianças e idosos, participação política), (3) vida independente, saudável e segura, (4) capacidade para o envelhecimento ativo e saudável (esperança de vida saudável aos 55 anos, assim como bem-estar psíquico, utilização de Tecnologias da Informação (TIC), conectividade social e habilitações académicas). Em termos globais, Portugal ocupa uma posição intermediária – 13º no conjunto dos 27 países –, devido ao nível elevado no subindicador do emprego, diminuindo para os últimos lugares no que diz respeito a participação, vida independente e capacidade para o envelhecimento ativo (<www.activeageingindicators>).

A noção de “envelhecimento ativo” está também estreitamente associada à de “envelhecimento positivo”, por seu turno, derivada da “psicologia positiva”, outro novo “paradigma” ou moda, centrado nos aspectos positivos, ou seja, na procura do “bem-estar” e da “felicidade”, que rapidamente se transmitiu a outras disciplinas, como, por exemplo, a economia. Nesse sentido, pode-se citar a tentativa já aplicada pelo ex-presidente Sarkozy, na França, para criar um indicador da felicidade que, eventualmente, viesse a complementar ou mesmo a substituir o tradicional Produto Interno Bruto (PIB).

A noção de “envelhecimento positivo” deve muito aos esforços dos psicólogos sociais norte-americanos Gergen e Gergen (2012), que criaram uma *newsletter online* (*The Positive Aging Newsletter*) reunindo contribuições regulares. Eles advogam o que designam por “construcionismo total”, articulando recursos relacionais, bem-estar físico, participação ativa e estados mentais

positivos. A mensagem implícita do incitamento a uma mudança de atitude de recusa do “mito de declínio” conjuga-se com o tradicional otimismo norte-americano, não sendo de excluir que essa virada para a positividade procure atuar como uma profecia que se autorrealiza. Em filigrana, podemos detectar a confiança no herói solitário, ao qual, mais do que às instituições, são imputadas responsabilidades em caso de insucesso.

É certamente inegável que as boas práticas, nomeadamente no estilo de vida, são recomendáveis e delas dependerão em grande medida o bem-estar tanto individual como coletivo. Torna-se difícil contestar que a prevenção não seja preferível à cura. Subsistem, todavia, fundados receios de que um higienismo exacerbado e a insistência em que “não envelheçamos antes de morrer” se traduzam em interiorizações de uma responsabilidade ou mesmo de um sentimento de culpa/vergonha, que não é mais do que o efeito perverso do que, conceda-se, deriva de uma intenção social e politicamente correta.

Em termos mais moderados, mais descritivos do que normativos, o casal de psicólogos alemães Paul Baltes (1939-2006) e Margareth Baltes e seus colaboradores iniciaram e desenvolveram no Instituto Max Planck, em Berlim, um importante projeto sobre o envelhecimento nas suas múltiplas facetas, que se utiliza de numerosas observações, histórias de vida e estudos experimentais aos quais “envelhecer bem” se acha associado. Esse projeto ficou conhecido pela sigla SOC e engloba um conjunto de três estratégias individuais básicas, a saber: 1) seleção (S), que consiste em atividades que o sujeito tem (ainda) a capacidade para realizar, 2) otimização (O), isto é, investir preferencialmente nessas atividades, e, finalmente, 3) compensação (C), ao reduzir ou eliminar as insuficiências noutras atividades. De algum modo, tais estratégias estão presentes ao longo do arco de vida,

especificamente quando as capacidades individuais se encontram não somente mais reduzidas, mas também mais bem definidas.

As estratégias SOC permitem certamente atenuar os efeitos da estigmatização a que a grande idade se acha muitas vezes sujeita. O esquema da escola de Berlim é compatível, além disso, com a perspectiva desenvolvimentista que remonta a Erikson (1968), segundo a qual uma trajetória bem-sucedida resulta de uma progressiva socialização, assim como de uma progressiva aceitação de si próprio, superando o desespero que a aproximação da morte possa provocar.

Todas essas estratégias e grandes narrativas sobre a condição humana e sobre o inevitável envelhecimento, que apenas não ocorre quando a morte é prematura, parecem ignorar um aspecto que não escapou, porém, a um observador atento como Jerome Bruner, um psicólogo norte-americano nascido em 1915, que, solicitado a pronunciar-se acerca do que seria uma velhice bem-sucedida, indicou, para além dos habituais fatores “Eriksonianos”, o fator “sorte”, ou seja, algo que escape inteiramente ao voluntarismo individualista, condição sem dúvida necessária, mas também sem dúvida insuficiente para garantir o final da “vela que se apaga”, descrita por Herman Hess no *Jogo das Pérolas de Vidro* e que possivelmente povoa o imaginário de todos nós.

APROXIMAÇÃO INTERGERACIONAL

As políticas de inovação social centradas no envelhecimento ativo/positivo, é justo reconhecer, não se têm limitado a injunções dirigidas aos indivíduos em detrimento de medidas de caráter institucional. Entre estas últimas, particular relevo tem sido dado às relações intergeracionais e, sobretudo,

à redução da distância entre os mais jovens e os mais velhos, que se teria acentuado após a Segunda Guerra Mundial. Profundas mudanças tiveram lugar com o desenvolvimento econômico-financeiro e com as novas tecnologias, levando a novos esquemas familiares, novos estilos de vida, ou seja, numa palavra como em mil, à fragmentação generalizada, que caracteriza o pós-modernismo neocapitalista. Em grande medida, esse teria sido o legado da famosa geração dos “baby-boom” – há que conservar a expressão em inglês, um legado que também, em grande medida, veio confirmar o verso do poema de Yeats, escrito em 1928, que se tornaria profético: “Este país não é para velhos” (*That is no country for old men*).

Na verdade, é, sobretudo, o culto da juventude que parece imperar nos tempos pós-modernos, lembrando os clássicos gregos, para os quais a velhice era uma calamidade. Escapavam já então os ricos, como reconhece o velho e rico Céfalos, no diálogo com Sócrates que abre *A República*.

O fosso que se teria acentuado entre jovens e velhos, derivado da longevidade e da redução da natalidade, reforçado pela saliência mediática do fenômeno, porventura estimulado por uma legislação que parece obcecada pela ideia de uma “guerra geracional”, justifica a urgência de medidas que contribuam para a inversão de um processo a todos os títulos perverso. É nesse sentido que os projetos de inovação social encorajam iniciativas de aproximação por meio da criação de plataformas de cooperação, nos níveis da aprendizagem, da partilha de experiências, das redes sociais, numa perspectiva de apoio mútuo e de interajuda. Tal tarefa torna-se, todavia, mais difícil quando se quebram os laços de confiança recíproca, quando se dissemina a imagem de uma concorrência entre “classes etárias”, quando os velhos

deveriam dar lugar aos novos, como reclamava Eurípedes, outro poeta clássico grego, cuja voz recupera a atualidade.

O fenômeno das relações intergrupo, muito estudado na psicologia social europeia, de que as relações intergeracionais são um exemplo, permite identificar os processos subjacentes à formação de crenças estereotipadas, preconceitos e inclusive discriminação, que, uma vez consolidados, tendem a reproduzir-se e a ser eliminados muito lentamente. Tais processos encontram-se bem documentados nos casos de racismo e de sexismo, sendo sintomático que apenas mais recentemente tenha surgido o “idosismo”, “idadismo” ou “ageism” enquanto objeto social de observação sistemática. É certo que o termo foi cunhado em 1969, por Butler, mas somente a partir do final do século XX a pesquisa adquiriu momento e saliência midiática. A tríade 1) estereótipo (cognição), 2) preconceito (afeto) e 3) discriminação (comportamento) obedece a uma dialética própria e não necessariamente na ordem que conduz da cognição ao afeto e deste ao comportamento. Seria possível admitir que o preconceito, enquanto avaliação socioafetiva, mediará a relação entre estereótipo e discriminação? Tais processos têm intensidade variável, podendo ser moderados por uma infinidade de fatores contingenciais. Podemos, assim, admitir que as crenças estereotípicas possam ser rejeitadas, pelo menos “*prima facie*”, e que o preconceito e a discriminação sejam reprimidos, todavia, sobrevivem em termos mais sutis, seja no nível individual, seja no nível de grupo, seja ainda no nível institucional.

Os casos de racismo ou de sexismo sutil, por exemplo, são particularmente reveladores, traduzindo processos mais sofisticados de representação não tanto em termos abertamente negativos, mas recorrendo a características menos positivas ou ambíguas, dando lugar a interfaces relacionais geradoras de

incerteza e eventualmente de conflito. Além disso, os processos de categorização social são automáticos e constantemente reforçados, sobretudo quando desencadeados por atributos salientes, como a raça, o sexo e a idade. Por seu turno, os processos de categorização conduzem por seu turno à autoestereotipia, desse modo, reforçando as barreiras à intercomunicação.

Um idoso não sabe se a amabilidade ou a hostilidade de que é objeto é consequência da idade que tem ou da pessoa que é, nem se tais situações poderão ser desconfortáveis nos encontros cotidianos, como no local de trabalho, no diálogo médico-paciente ou mesmo nas relações com os pares. Contudo, possivelmente, a mesma ambiguidade será vivida pelo empregador que prefere colaboradores mais jovens, considerados mais dinâmicos e empreendedores, ou pelo público que consagra um famoso autor por ele ser velho e sobreviver a si próprio. A diferença dos estereótipos etários é que todos um dia (se não morrerem) serão velhos, por isso, este é um fator de perturbação da autoimagem e da identidade tanto pessoal como social, aliás, dialeticamente interligadas.

Fiske (2000), uma psicóloga social norte-americana que muito tem contribuído para a análise dos processos de estereotipia, distingue, em termos de conteúdo, duas dimensões ortogonais: a competência e a afabilidade. Nesse espaço semântico, os velhos são globalmente caracterizados como incompetentes, mas afáveis, enquanto os jovens são representados como competentes e afáveis. Operam-se seguidas distinções subcategoriais, reconhecendo-se, por exemplo, o caso dos velhos poderosos e antipáticos, como os políticos e os grandes empresários, embora cada vez mais os perfis desejáveis privilegiem uma maior proximidade com a juventude. O setor em que ambas as dimensões são negativas é naturalmente ocupado pelos velhos-velhos, “feios, porcos e maus”, roçando a abjeção.

Face a representações dessa natureza e tendo em conta as discriminações manifestas ou sutis a que elas dão lugar, cabe perguntar se a retórica não promove um obstáculo neutralizador de qualquer tentativa de aproximação intergeracional que as instituições retirem. Um atributo sempre muito referido e tornado lugar comum consiste na suposta sabedoria e experiência dos mais velhos enquanto capital acumulado ao longo dos anos e de múltiplas vivências, que eventualmente poderia ser útil às gerações mais jovens, adultas ou seniores. Tais atributos são sistematicamente invocados e claramente centrais.

No Brasil, estudos empíricos têm confirmado a aproximação do pensar compartilhado que grupos variados têm apresentado com a tríade envelhecimento-sabedoria-experiência (TORRES, 2010). Comumente, essa vinculação tem se refletido num contexto familiar, normalmente apresentado por pessoas que possuem contato frequente com idosos, a saber, netos e filhos. Entretanto, não apenas esse contexto fica evidente, mas também os trabalhos que se apresentam como lócus de relações intergeracionais, nem sempre conciliadoras. Ocorre que, com o aumento da expectativa de vida e do desenvolvimento de tecnologias em saúde, as pessoas de mais idade têm permanecido trabalhando por mais tempo, adiando suas aposentadorias ou mesmo retornando ao trabalho depois de se aposentarem. Os novos trabalhadores convivem com os antigos trabalhadores. Essa situação pode propiciar uma oportunidade de vivência intergeracional interessante, mas também pode ser um momento difícil de confronto, ensejado pelos estereótipos, preconceitos e ações discriminatórias de todos os lados.

Estereótipos etários positivos, como os que vinculam experiência e sabedoria ao processo de envelhecimento e, mais

especificamente, às pessoas de mais idade revelam uma perspectiva do saber comum, de que há ganhos com a velhice. Novamente, parece existir uma ambivalência nesse pensar social, que não tem e nem esperaríamos que tivesse muita lógica e coerência. Se, de um lado, valorizamos o envelhecimento por ensejar a aquisição de sabedoria e experiência, de outro, desejamos nunca envelhecer.

Contudo, mais uma vez, é possível que estejamos em face de uma noção polissêmica e, por isso, ambígua, bem como ilusoriamente positiva, a que se recorre para efeitos de uma narrativa intergrupo consensual, mas com conotações variáveis ou mesmo com reserva mental. Na verdade, sabedoria tanto pode estar associada a sapiência, saber, conhecimento aprofundado, autoridade científica, como pode significar conformismo, bom senso, paciência, aceitação e bonomia.

Woodward (2003), psicóloga americana, publicou um artigo polêmico intitulado “Contra a sabedoria: as políticas sociais da ira e do envelhecimento”, o qual, como o título sugere, se insurge contra essa insinuação de conformismo e resignação que a noção de sabedoria esconde, precisamente, porque a discriminação haveria que opor a revolta, a indignação, a reivindicação de justiça e a não aceitação resignada de uma condição mais derivada da cultura do que da natureza. Essa mesma tese é sustentada por Gullette num livro cujo título é *Aging by culture* ou ainda em outro não menos combativo: *Declining to decline*.

Woodward (2003) recorda que, já Stanley Hall, um teórico clássico da psicologia norte-americana, falecido em 1924, com 80 anos de idade, protestou nos seus últimos anos de vida contra o isolamento que sentia enquanto investigador. Em casos como o de Hall, em que a sabedoria adquire a conotação nobre ligada ao conhecimento científico, não será porventura a representação dominante.

Os estudos de Berlim anteriormente citados, coordenados por Baltes (BALTES; STANDINGEN, 2000), também sustentam a tese da sabedoria dos velhos, nesse caso semanticamente associada ao “bom senso” e à inteligência pragmática (cristalizada), a qual não decresce, como a inteligência fluida, com a idade, mas, pelo contrário, se mantém ou mesmo se reforça através da experiência na resolução dos problemas práticos que a vida coloca.

Não obstante o mérito geralmente reconhecido aos estudos de Berlim e sem de forma alguma pôr em causa o rigor metodológico, é possível, na esteira de Gullette (2004) e Woodward (2003), desconstruir o aspecto ideológico de uma representação que legitima e reforça um “*status quo*” que mais contribui para dessocializar, desativar e excluir do que para ressocializar, ativar e incluir. Em um mundo em mudança acelerada, a experiência dos mais velhos será possivelmente pouco significativa. Simone de Beauvoir, em 1970, no seu livro *A Velhice*, já defendia essa tese. Sartre, em 1938, no seu primeiro romance, *A Náusea*, ironicamente caracteriza a sabedoria dos mais velhos como composta de uma porção de manias, provérbios e lembranças (BEAUVOIR, 1970).

Com vistas a melhor esclarecer quais as possíveis conotações dessa sistemática tendência de associar a sabedoria aos idosos, procedemos a um estudo exploratório junto a jovens universitários portugueses, baseado em associações livres suscitadas pelas dimensões “sabedoria” e “experiência”. Participaram 156 estudantes, distribuídos pelas áreas da saúde ($n = 77$), comunicação social ($n = 53$) e arquitetura ($n = 26$), com uma maioria de jovens do sexo feminino ($n = 122$), comparativamente aos jovens do sexo masculino ($n = 34$). Em termos de idade, a média da amostra foi de 20,4 anos ($DP = 3,38$ anos).

Foram recolhidas informações a partir da técnica de associação livre, utilizando como recursos seis estímulos indutores, agrupados em torno dos termos sabedoria e experiência:

“Quando se diz que alguém tem experiência isso significa [...]”; “Quando se diz que uma pessoa adulta tem experiência isso significa [...]”; “Quando se diz que uma pessoa de idade tem experiência isso significa [...]”.

“Quando se diz que alguém tem sabedoria isso significa [...]”; “Quando se diz que uma pessoa adulta tem sabedoria isso significa [...]”; “Quando se diz que uma pessoa de idade tem sabedoria isso significa [...]”.

O preenchimento do protocolo foi individual e aconteceu em sala de aula. A cada participante foi solicitado que indicasse entre cinco e dez termos, através de associações espontâneas, relativamente a um único estímulo-indutor. Foram recolhidos dados de 26 participantes para cada um dos estímulos.

As respostas foram submetidas à aplicação *Tag Crowd* (<<http://www.tagcrowd.com/>>), de modo a construir uma nuvem de palavras para cada estímulo-indutor. O objetivo foi o de identificar a representatividade dos termos evocados pelos participantes, bem como possíveis padrões de ocorrência. A retenção de palavras distintas na análise foi filtrada para frequências ≥ 2 . Relativamente ao estímulo-indutor “Alguém com experiência”, a Figura 1 ilustra a nuvem de palavras obtida através da aplicação do programa descrito.



Figura 1 – Nuvem de palavras obtida a partir do estímulo-indutor: “Alguém com experiência”.

Fonte: autoria própria.

Nessa nuvem de palavras, destacam-se os termos *sabedoria* ($n = 21$), *conhecimento* ($n = 18$) e *vivências* ($n = 13$). Com menor saliência, surgem palavras com frequências entre dez e cinco, nomeadamente, *idade* ($n = 10$), *prática* ($n = 6$), *dedicação* ($n = 6$), *inteligência* ($n = 5$), *maturidade* ($n = 5$) e *competência* ($n = 5$). Dentre os termos menos frequentes, surgem palavras como *aprendizagem*, *cultura*, *saber*, *método*, *longevidade*, *responsabilidade* e *conforto*.

Quanto ao estímulo-indutor “Pessoa Adulta com experiência”, a Figura 2 representa a nuvem de palavras obtida.



Figura 2 – Nuvem de palavras obtida a partir do estímulo-indutor: “Pessoa Adulta com experiência”.

Fonte: autoria própria.

Os resultados demonstram que os termos mais representados são semelhantes aos obtidos com o estímulo anterior, embora com frequências ligeiramente mais baixas: *sabedoria* ($n = 17$) e *conhecimento* ($n = 15$). Dentre as palavras com frequências, entre dez e quatro, surgem os termos *idade* ($n = 10$), *maturidade* ($n = 9$), *vivências* ($n = 9$), *cultura* ($n = 8$), *aprendizagem* ($n = 4$) e *prática* ($n = 4$). Os termos menos frequentes ($n = 2$) refletem associações ligadas à *astúcia*, ao *empenho*, aos *valores*, às *capacidades*, ao *crescimento*, às *histórias* e aos *filhos*.

A nuvem de palavras obtida a partir do terceiro estímulo ligado à dimensão da experiência, “Pessoa de idade com experiência”, está representada na Figura 3.



Figura 3 – Nuvem de palavras obtida a partir do estímulo-indutor: “Pessoa de Idade com experiência”.

Fonte: autoria própria.

Os termos mais evocados para esse estímulo convergem com os resultados anteriores. *Sabedoria* ($n = 21$) e *conhecimento* ($n = 19$) são, igualmente, os mais frequentes. As *vivências* ($n = 15$) refletem também um elemento importante nesse espaço de representação. Relativamente às evocações com frequências entre oito e quatro, surgem significados ligados a *maturidade* ($n = 8$), *cultura* ($n = 4$), *saber* ($n = 4$), *prática* ($n = 4$), *aprendizagem* ($n = 4$), *aconselhamento* ($n = 4$), *memórias* ($n = 4$) e *ultrapassar dificuldades* ($n = 4$). Finalmente, dentre os termos com um menor número de associações ($n = 2$), surgem palavras como *astúcia*, *competências*, *paciência*, *recordações*, *pragmatismo*, *previsão* e *lutador*.

No que diz respeito à dimensão da sabedoria, os resultados do estímulo “Alguém com sabedoria” estão representados na Figura 4.



Figura 4 – Nuvem de palavras obtida a partir do estímulo-indutor: “Alguém com sabedoria”.

Fonte: autoria própria.

Os resultados revelam que os termos mais representados são *experiência* ($n = 25$), *cultura* ($n = 19$), *conhecimento* ($n = 18$) e *inteligência* ($n = 15$). Com menor representatividade, surgem as palavras *idade* ($n = 9$), *vivências* ($n = 8$) e *aprendizagem* ($n = 6$). Dentre as evocações menos frequentes ($n = 2$), figuram termos como *abertura*, *consciência*, *ponderação*, *racionalidade*, *tolerância*, *reflexão* e *sentido crítico*.

Quanto ao estímulo-indutor “Pessoa Adulta com sabedoria”, a Figura 5 representa a nuvem de palavras obtida.



Figura 5 – Nuvem de palavras obtida a partir do estímulo-indutor: “Pessoa Adulta com sabedoria”.

Fonte: autoria própria.

Os termos mais evocados para esse estímulo refletem significados associados à *experiência* ($n = 23$) e ao *conhecimento* ($n = 18$). Dentre as evocações com frequências menos representativas, surgem as palavras *cultura*, ($n = 11$), *inteligência* ($n = 10$), *maturidade* ($n = 8$), *vivências* ($n = 6$), *saber* ($n = 4$) e *responsabilidade* ($n = 4$). Finalmente, em meio aos termos com um menor número de associações ($n = 2$), emergiram palavras como *calma*, *capacidades*, *competência*, *dedicação*, *empenho*, *erros*, *escutar*, *sentido crítico* e *raciocínio*.

No que diz respeito ao último estímulo, a Figura 6 representa as evocações associadas a “Pessoa de Idade com sabedoria”.



Figura 6 – Nuvem de palavras obtida a partir do estímulo-indutor: “Pessoa de Idade com sabedoria”.

Fonte: autoria própria.

Os resultados apurados mostram que os termos mais evocados são *experiência* ($n = 27$), *cultura* ($n = 16$), *conhecimento* ($n = 14$) e *vivências* ($n = 14$). Com menor representatividade, surgem as palavras *inteligência* ($n = 8$), *estudo* ($n = 5$) e *leitura* ($n = 4$). Quanto às evocações menos frequentes ($n = 2$), figuram termos como *compreensão*, *convivência*, *dedicação*, *dificuldades*, *empirismo*, *histórias* e *história*, *paciência*, *razão*, *sapiência*, *ultrapassar dificuldades*, *viagens* e *vida*.

O conjunto dos resultados parece evidenciar uma clara circularidade entre a sabedoria e a experiência, independentemente do sujeito alvo. Contudo, parece haver uma tendência de associar a sabedoria à experiência de vida, sobretudo para os mais velhos. O conhecimento é um elemento relevante na representação global das duas dimensões, embora os participantes o destaquem menos quando focam nos mais velhos como pessoas com mais sabedoria. A cultura revela-se igualmente central na

representação dessa dimensão, sobretudo para o alvo neutro (Alguém) e para os mais velhos. Paralelamente, a inteligência é um elemento transversal às associações de sabedoria, embora com menor destaque entre os mais velhos.

Esses resultados parecem indicar que a representação de sabedoria se aproxima da concepção de Erikson, adquirida pela via da compreensão da existência e da experiência de vida, marcando a virtude da última fase do ciclo de vida. Paralelamente, evocam também a noção de inteligência pragmática, associada ao entendimento e à memória sociocultural, à história de vida e necessariamente à experiência que os mais velhos vão adquirindo na resolução de problemas práticos ao longo do seu percurso de vida.

Os resultados não permitem identificar um padrão associado à idade no que toca aos conteúdos estereotipados da representação de sabedoria, na medida em que as dimensões de competência e afabilidade são elementos discretos no conjunto das evocações dos participantes. O estudo também não possibilita confirmar de forma clara em que medida a circularidade observada entre “sabedoria” e “experiência”, eventualmente mediada pelo “conhecimento”, oculta conotações negativas de aceitação resignada e conformismo, mais acentuadas na “grande idade”. Faz-se interessante recordar que os gregos já distinguem “sabedoria” (*sophia*) de “prudência” (*sophrosiné*), mas a própria circularidade permite especular que podemos estar na presença de mecanismos “sutis” de representação social, requerendo uma maior sofisticação do dispositivo instrumental.

Curiosamente, em estudos brasileiros, nossas pesquisas que utilizaram associação livre e redes associativas também encontraram resultados semelhantes, ou seja, a mesma circularidade entre os elementos “sabedoria” e “experiência” vinculados

ao envelhecimento (TORRES; CAMARGO; BOULSFIELD, 2015), adicionando apenas o elemento “aposentadoria”, que aparece numa relação triangular, independente das características do grupo quanto ao sexo ou idade, o que não se confirma no estudo realizado em Portugal. Na contramão desses achados, estudos recentes sobre a representação social da aposentadoria nos têm indicado que tal perspectiva estereotipada, mas positiva, ligada ao envelhecimento, que se apresenta vinculada com “experiência” e “sabedoria”, não se evidencia quando o elemento-indutor é a aposentadoria. Nesse caso, nem sequer os elementos “sabedoria” e “experiência” se apresentam com frequência considerável, o que nos faz refletir sobre a perspectiva de que, para o conhecimento consensual, experiência e sabedoria se vinculam com um conhecimento que ocorre na vivência, atravessado pela cultura, mas que não parece se relacionar com um conhecimento intelectual, profissional ou laboral.

Nos dias de hoje, observamos a perda de referências, conforme o sociólogo alemão Rosa (2010), não apenas entre gerações, mas também no interior das próprias gerações, já que as experiências que se adquirem rapidamente se tornam obsoletas. Não nos referimos apenas aos novos *gadgets* (gíria para produtos tecnológicos que confere *status* social aqueles poucos que os possuem), mas, sobretudo, às mudanças sociais que se verificam nas instituições, cada vez mais para além do bem e do mal.

Em todo caso, e é ainda Simone de Beauvoir que o sugere, os velhos são de fato detentores de uma experiência só deles: a do próprio envelhecimento. É a respeito dessa experiência única que tratarão com as gerações que se seguem, em vez de tentarem prolongar uma juventude definitivamente perdida.

Numa leitura mais cínica, poderíamos, todavia, reconhecer algumas vantagens comunicacionais nessa zona de

ambiguidade compartilhada. Aos jovens e/ou adultos não custa nada reconhecer que os velhos sejam detentores de experiência e sabedoria, o que quer que isso possa significar, sobretudo se não pretendermos especificar os conteúdos semânticos e por seu turno os velhos também não rejeitam o fato de serem detentores de algo que eles próprios terão dificuldade de concretizar.

Há, de resto, muitas outras zonas em que a comunicação humana tira partido de tal ambiguidade. Por menor que seja, esse já é, senão um primeiro passo para o diálogo, pelo menos um lugar comum que o torna possível.

REFERÊNCIAS

BALTES, P. B.; BALTES, M. M. Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In: BALTES, P. B.; BALTES, M. M. **Successful aging perspectives from the behavioral sciences**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. p. 1-34.

BALTES, B.; STANDINGER, U. M. Wisdom: a metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. **American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 122-136, jan. 2000.

BEAUVOIR, S. **La Vieillesse**. Paris: Gallimard, 1970.

BUTLER, R. N. Age-ism: another form of bigotry. **The Gerontologist**, n. 9, p. 243-246, 1969.

_____. Ageism: age discrimination. In: SCHULZ, R. (Ed.). **The encyclopedia of aging: a comprehensive resource in gerontology and geriatrics**. 4. ed. New York: Springer Publishing Company, 2006.

BRUNER, J. Narratives of aging. **Journal of Aging Studies**, v. 13, n. 1, p. 7-9, 1999.

DECHAVANNE, E.; TAVOILLOT, P. H. **Philosophie des âges de la vie**. Paris: Grasset, 2007.

ERIKSON, E. H. **Identity, Youth and Crisis**. New York: W. W. Norton & Company, 1968.

FISKE, G. T. Stereotyping, prejudice, and discrimination at the seam between the centuries. Evolution, culture, mind and brain. **European Journal of Social Psychology**, v. 30, p. 299-322, 2000.

GERGEN, M. M.; GERGEN, K. J. Position aging: new images for a new age. **Ageing International**, v. 27, n. 1, p. 3-23, 2012.

GULLETTE, M. M. Declining to decline: cultural Combat and the politics of midlife. Charlottesville: University of Virginia Press, 1997.

_____. **Aged by culture**. Chicago: University of Chicago Press, 2004.

ROSA, H. **Accélération**: une critique sociale du temps. Paris: La Découverte, 2010.

SILVA, A. S. **Envelhecimento e Inovação Social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2012.

TORRES, T. L. **Pensamento social sobre envelhecimento, idoso e rejuvenescimento para diferentes grupos etários**. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

TORRES, T. L.; CAMARGO, B. V.; BOUSFIELD, A. B. S. et al. Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3621-3630, 2015.

WOODWARD, K. Against wisdom: the social politics of anger and aging. **Journal of Aging Studies**, v. 17, p. 55-67, 2003.

CAPÍTULO 3

SABEDORIA E ENVELHECIMENTO: A ARTE DE SOBREVIVER EM DIFERENTES MUNDOS

FELISMINA MENDES
(Universidade de Évora, Portugal)

INTRODUÇÃO

O desafio de refletir sobre a sabedoria, enquanto categoria central das representações do envelhecimento, numa perspectiva essencialmente conceptual, reveste-se de uma tensão/oposição que balança sistematicamente entre os processos inerentes à construção do conhecimento e o saber prático. Nesse jogo, marcam presença a informação, o conhecimento e a sabedoria, já que uns e outros se influenciam sem, no entanto, se confundirem, apesar de serem frequentemente confundidos.

Numa primeira aproximação, sem nos determos em qualquer corrente teórica, diríamos que a informação remete aos dados em estado bruto, captados pelos sentidos, o conhecimento está associado a processamento, incorporação e compreensão da informação e a sabedoria diz respeito ao conhecimento submetido ao julgamento das normas, valores, crenças. Pode-se, então, mencionar que sem informação não há conhecimento e sem conhecimento não há sabedoria, mas é possível haver conhecimento sem sabedoria. Essa possibilidade advém da noção eminentemente prática (que não é exclusiva da ação) associada à sabedoria. Para alguns autores, é o saber prático, incorporando valores, sentidos e significados provenientes da experiência cotidiana, que melhor define e caracteriza a sabedoria.

Neste texto, faz-se um exercício reflexivo sobre os significados subjacentes à sabedoria dos idosos, com base nos paradigmas desenvolvimentistas e na abordagem construcionista de Bourdieu. O objetivo é tentar decifrar um dos estereótipos mais clássicos da sociedade ocidental e oriental: a sabedoria dos idosos.

Durante as últimas três décadas, um número crescente de investigadores, nomeadamente da área das ciências comportamentais, tem-se dedicado ao estudo da sabedoria como construção científica legítima (ARDELT; 1997; BALTES, 1997; LABOUVIE-VIEF, 1996), com o objetivo de desenvolver teorias implícitas e explícitas a seu respeito. Apesar da falta de consenso, pode-se ressaltar que a sabedoria é, nessa perspectiva, uma manifestação da inteligência prática e dos mecanismos de seleção, otimização e compensação, que incluem capacidades e processos intelectuais adquiridos a partir da interação (NERI, 2006).

Nessa linha, a sabedoria se assume como pragmática e reflexiva, implica a planificação da vida (estabelecimento de metas relevantes e de esforços destinados a alcançá-las) e avalia de forma ponderada os meios em face aos fins, enfrentando todas as dúvidas e adversidades. Esse cenário exige não somente equilíbrio, mas também experiência para dar sentido à vida, pois os posicionamentos conciliadores, a compreensão, a reflexão e as capacidades de comunicação são indissociáveis da sabedoria (BARROS DE OLIVEIRA, 2005).

Também Baltes e Smith (1990) designam como fatores associados à sabedoria o bom senso, a experiência, a capacidade de observação, a abertura de espírito e a independência de pensamento. Assim, pode afirmar-se que uma pessoa é sábia

quando tem competências para evitar ou anular situações conflituosas, quando domina

as estratégias e consequências inerentes à tomada de decisões, quando leva em consideração os diferentes aspetos do meio no estabelecimento de prioridades e quando reconhece e/ou antecipa as inseguranças do cotidiano e consegue resolvê-las (IZQUIERDO MARTINEZ, 2005, p. 613).

De acordo com o paradigma pragmático, a sabedoria tem mais probabilidade de ocorrer na velhice do que em idades anteriores do desenvolvimento, pois depende da experiência acumulada. No entanto, ser idoso não é condição suficiente para a emergência da sabedoria, pois outras variáveis, como a profissão, a experiência sócio-histórica, as experiências pessoais, a personalidade e a inteligência, condicionam o aparecimento de desempenhos considerados sábios na velhice (MAYER, 2001).

Para a escola de Berlim, a sabedoria resulta do desenvolvimento do conhecimento ao longo da vida e existem três tipos de fatores responsáveis por ele: os que se relacionam com os contextos e as experiências genéricas (grau acadêmico, experiência relacionada com receber e oferecer conselhos, educação, profissão que implique dirigir e responsabilizar-se com pessoas); os que se referem à gestão cotidiana de vida (experiência na resolução de problemas e dilemas vitais, motivação e interesse por questões humanas ou impulso para a melhoria e excelência pessoal); e, por fim, as disposições e os fatores individuais, como a criatividade, a inteligência, a flexibilidade, o interesse em aprender e a abertura a novas experiências. A sabedoria pode, então, ser considerada como um conjunto de conhecimentos sobre questões centrais da experiência cotidiana, que remetem para a planificação; a gestão (melhor forma

de enfrentar e evitar as situações problemáticas e de conseguir levar uma vida com qualidade); e a revisão (significado atribuído ao experienciado).

Kunzmann (2009) salienta que o conhecimento relacionado com o sentido da vida e o comportamento que se aproxima da sabedoria devem responder a cinco critérios. O conhecimento rico e objetivo da natureza humana e do curso da vida e um bom conhecimento prático das formas ou estratégias de enfrentar os problemas da vida (*coping*) são considerados dois desses critérios básicos. Os outros três critérios, denominados meta-critérios, considerados exclusivos da sabedoria, são o contextualismo no decurso da vida, o relativismo dos valores e da tolerância e a capacidade para enfrentar a incerteza, aceitando as limitações do próprio conhecimento.

A perspectiva da sabedoria baseada na personalidade foi defendida por Ardelt (2004), que a considera como a integração de características cognitivas, reflexivas e afetivas. As qualidades cognitivas são as competências que permitem discernir e lidar com a complexidade e as incertezas da vida, rumo à verdade; as reflexivas têm a ver com o conhecimento descritivo e interpretativo, procurando o significado profundo dos acontecimentos e aceitando a realidade; e as afetivas referem-se a uma maior compreensão e empatia com os outros. A sabedoria assim entendida tende a aproximar-se mais de um ideal conceptual do que de um saber prático ou de uma manifestação comportamental. Embora a clarificação da estrutura e conteúdo da personalidade dotada de sabedoria ainda esteja por esclarecer, Wink e Helson (1997) referem-se aos componentes dessa personalidade: sabedoria prática, desenvolvimento intrapessoal, respostas afetivas maduras, conhecimento de si

mesmo, integridade, autotranscendência, aceitação dos limites do conhecimento e compromissos filosóficos/espirituais.

De acordo com Kunzmann (2009), estudos recentes associam as disposições emocionais e motivacionais à sabedoria, considerando-as fatores determinantes no desenvolvimento do conhecimento relacionado com a sabedoria, num dado momento. Segundo o mesmo autor, numa perspectiva de desenvolvimento, certas experiências e disposições emocionais podem ser fundamentais para a aquisição da sabedoria enquanto sistema de conhecimentos qualificados relativos ao sentido e à orientação da vida.

A sabedoria é também considerada um recurso pessoal com uma orientação para experienciar emoções positivas (simpatia, amor, compaixão) e uma tendência para desvalorizar as experiências que originam emoções negativas (hostilidade, desespero, angústia) (ARDELT, 2004). Os indivíduos dotados de sabedoria evitam estratégias de confronto e de conflito (domínio, submissão, evitação) e preferem/optam pelas que se assentam na cooperação.

Os processos que dão acesso à sabedoria evidenciam uma concepção de forte pendor personológico do desenvolvimento, ao levarem em conta apenas a dinâmica interna do desenvolvimento do sujeito individualmente,

[...] ignorando não apenas o modo de relacionamento entre o indivíduo e o contexto em que está inserido, como a influência mútua, entre indivíduo e ambiente que, de forma constante, desenvolvem processos contínuos de transformação (VANDENPLAS-HOLPER, 2000, p. 35).

Por sua vez, Kramer (2000 apud KUNZMANN, 2009) refere-se à sabedoria como o conhecimento mediado pelo tempo, que guia o comportamento, otimizando a produtividade simultaneamente ao nível individual, de grupo e da sociedade.

Além disso, Edmonson (2005) e Staudinger (1996) argumentam que a sabedoria não tem sentido sem um contexto cultural ou interpessoal e apelam para novas dimensões a serem consideradas na análise da sabedoria, em que inevitavelmente os condicionamentos socioculturais marquem presença.

Assim, a sabedoria

[...] representa um conhecimento qualificado e valorizado socialmente, remetendo eminentemente para a praticidade, que visa enfrentar as questões existenciais relacionadas com o sentido e a condução da vida, perante as limitações e incertezas do conhecimento (KUNZMANN, 2009, p. 297).

A orientação desses autores nos conduz a outra abordagem da sabedoria, centrada nas aproximações de Bourdieu (1984), a partir da qual o indivíduo está claramente inserido num campo de ação social, no qual se constrói e reconstrói cotidianamente e em que a relação com esse mesmo campo é sempre mediada pela ação prática. Se até aqui a análise se centrou essencialmente nos processos cognitivos favoráveis à “aquisição” da sabedoria, importa agora analisar como se processa/estabelece a ligação da sabedoria com a ação, ou seja, como a ação se relaciona com a sabedoria e como a sabedoria se expressa na ação.

Para se perspectivar/reconhecer a sabedoria como um saber prático, é necessário que se diminua a distância existente ou que se supere a cisão entre contemplação e ação. Esse ato pressupõe (e exige) uma valorização do saber prático e da *práxis*. Perante essa concepção, aceita-se e defende-se que as práticas individuais e coletivas cotidianas tenham subjacente uma sabedoria prática. Não se trata, aqui, de uma prática específica no sentido da ação, mas de uma prática que incorpora valores, sentidos e significados resultantes das experiências individuais nos mais diversos contextos. O que caracteriza o saber prático é a diversidade de conhecimento que surge lentamente (exigindo um tempo necessário para ser alcançado/reunido/apropriado/processado) e que é adquirido sem sistematicidade ou método a partir de uma diversidade e heterogeneidade de experiências cotidianas.

O conceito de *habitus* desenvolvido por Bourdieu (1984) é indissociável desse saber prático. Para esse autor, o *habitus* é uma matriz de disposições que é adquirida através das experiências sociais inculcadas e que pode ser entendida como sabedoria prática. Essa matriz define os modos de perceber, sentir e pensar que levam o indivíduo a agir de determinada forma perante certas situações.

O *habitus* enquanto sistema de disposições duráveis e transferíveis opera como suporte das práticas e representações sociais vinculadas a uma forma específica de existência e é incorporado através da interação social. O *habitus* remete para modos socialmente adquiridos e tacitamente ativados de agir, pensar, sentir, perceber, interpretar, classificar e avaliar. De acordo com Setton (2002, p. 52),

[...] o ajuste dá-se através da operação tácita ou pré-reflexiva de um *habitus* socialmente estruturado (subjetivamente inculcado a partir de uma trajetória experiencial percorrida ao longo de uma ou mais posições em uma estrutura objetiva de relações) e socialmente estruturante (pois tende a reproduzir as estruturas que o constituíram quando mobilizado recursivamente nas ações dos indivíduos).

Nesse sentido, a realidade social não é percebida por Bourdieu apenas como exterioridade ou interioridade, mas simultaneamente como exterioridade objetiva e interioridade subjetiva ou, de acordo com Peters (2013, p. 53), “como exterioridade objetiva subjetivamente interiorizada e interioridade subjetiva objetivamente exteriorizada”.

O *habitus* manifesta-se no cotidiano sob a forma de um conhecimento tácito e de uma visão de mundo, que se expressa nas motivações, preferências, aspirações, expectativas e reações às experiências. Nessa perspectiva, o *habitus* que orienta as ações no cotidiano e a construção do conhecimento prático (que capacita o agente para a ação) é fundamental na organização da vida social.

Assim, ele não tem ou oferece respostas/soluções para cada situação ou contexto, pois é basicamente adaptativo, modificando-se e adaptando-se a cada nova situação e/ou mudança na estrutura social (novas tecnologias, realidades, condições). Com a mudança do *habitus*, alteram-se a compreensão, as percepções, as representações, os julgamentos ou as valorizações do mundo, determinando o modo de agir do indivíduo.

Além disso, tenta sempre a superação das oposições que se manifestam entre os eventos do passado e os problemas do futuro e pode mudar à medida que as condições sociais e históricas são alteradas (BOURDIEU; PASSERON, 1970). É também por isso que o *habitus* é definido como o produto da internalização, pelo indivíduo, das condições históricas e sociais realizadas ao longo de sua trajetória pessoal e social. Nessa concepção, o *habitus* não é somente um produto da história, como também contribui para produzir a própria história.

Concebendo o *habitus* como um sistema de disposições ligado a uma trajetória social, as ações práticas dos indivíduos transcendem o presente imediato. De acordo com Setton (2002, p. 65), “as ações práticas referem-se a uma mobilização prática de um passado (trajetória) e de um futuro inscrito no presente como estado de potencialidade objetiva”.

No entanto Bourdieu, não considera os indivíduos atores racionais. Defende que eles não avaliam as chances de as suas ações serem bem-sucedidas de maneira racional, por meio de cálculos de probabilidade construídos “com base em experiências controladas e a partir de dados estabelecidos segundo regras precisas” (BOURDIEU, 1994, p. 62). Para esse autor, os agentes sociais não são

[...] indivíduos conscientes e conhecedores, obedecendo a razões e agindo com pleno conhecimento de causa, conforme acreditam os defensores da teoria da ação racional. [...] Os “indivíduos” são, de fato, agentes [...] dotados de um senso prático [...], de um sistema adquirido de preferências, de princípios de visão e de divisão [...], de estruturas cognitivas

duradouras [...] e de esquemas de ação que orientam a percepção da situação e a resposta adequada. O *habitus* é essa espécie de senso prático do que se deve fazer em dada situação (BOURDIEU, 1994, p. 42).

Apesar de o indivíduo ter as suas ações condicionadas pelo *habitus* e pela situação concreta com que se defronta, Bourdieu (1994) considera que, dentro dessas limitações, ele age com certo grau de liberdade e nega o determinismo do *habitus*. Também Setton (2002) afirma que o conceito de *habitus* procura romper com as interpretações deterministas e unidimensionais das práticas, recuperando a noção ativa dos indivíduos, cujas condutas tendem a adaptar-se às condições objetivas, não sendo, no entanto, resultado de um cálculo racional e deliberado prévio. De acordo com Peters (2010), os indivíduos atualizam continuamente as intuições tácitas de sentido prático adquiridas a partir da exposição continuada e recorrente a condições semelhantes de ação, as quais lhes permitem responder tacitamente aos diferentes e contingentes desafios com que se deparam cotidianamente.

A esse propósito, e adaptando o exemplo de Bourdieu e Wacquant (1992), pode-se então apontar que, se um idoso conversa com um jovem hoje, em Portugal ou no Brasil, não são duas pessoas que conversam, mas sim a história portuguesa ou brasileira dos últimos 50 anos em todo o seu esplendor ou toda a transformação das relações intergeracionais ao longo desse mesmo tempo.

A partir desse ponto, a questão que se coloca é se a sabedoria tradicionalmente associada aos idosos pode ser conceituada em termos periciais ou se ela se remete para o saber prático,

que confronta o indivíduo com o social e com uma realidade que o questiona e que dele exige respostas para situações concretas. Não se espera e não se solicita ao idoso que resolva problemas que exigem um apurado conhecimento pericial (sobre a tecnologia digital), mas sim que solucione problemas que demandem uma sabedoria acumulada lentamente ao longo do tempo nas experiências cotidianas (família ou carreira). Nessa perspectiva, a noção de *habitus* enquanto espécie de senso prático do que se deve fazer numa dada situação parece preencher os requisitos da sabedoria associada aos idosos. É esse senso prático que se espera deles, em cada contexto.

Perante a realidade do mundo contemporâneo, dominada pelo caráter transitório do conhecimento, a possibilidade enquanto um *habitus* híbrido, construído não apenas como expressão de um sentido prático incorporado e posto em prática de forma automática, mas uma memória em ação e construção”, é defendida por Setton (2002, p. 66). A autora ainda ressalta que esse *habitus* se afigura a um sistema de disposições em construção, que traz o passado para o presente ao perspectivar o futuro.

Quando se afirma que a probabilidade da ocorrência da sabedoria aumenta com a idade, porque esta acarreta acumulação de experiências relevantes sem existir necessariamente uma relação necessária entre velhice e sabedoria, mais uma vez é do processo de aquisição do conhecimento que se fala, e não da sabedoria ou saber prático, que situa o passado no presente e oferece resposta para os dilemas do cotidiano. Por isso, Naranjo (1972, p. 225) defende que a sabedoria vai além e “transcende o intelecto” e Blanchard-Fields e Norris (1995, p. 105) argumentam que “[...] a sabedoria não é simplesmente um aspecto do conhecimento, mas o conhecimento é apenas um aspecto da sabedoria”. De fato, as correntes desenvolvimentistas, quando analisam a sabedoria, evidenciam

a insuficiência das concepções ‘personológicas’ que se limitam a considerar unicamente a dinâmica interna do desenvolvimento do sujeito individualmente considerado (VANDENPLAS-HOLPER, 2003, p. 35).

Ser idoso não é uma condição suficiente para a emergência da sabedoria, como apontam os estereótipos, mas indubitavelmente contribui bastante. É inegável que as pessoas mais velhas usam suas experiências de vida de forma cumulativa e ideal para preservarem o seu poder e assim induzirem o respeito e verem legitimada a sua autoridade.

Face à capacidade de se lembrar de fatos e procedimentos, de fazer novas associações e atualizações, de enunciar hipóteses, de realizar análises éticas e morais e de oferecer alternativas e soluções baseadas na experiência acumulada, construída e reconstruída cotidiana e continuamente, os idosos apresentam padrões de comportamento que se traduzem no saber prático/sabedoria prática. Essa sabedoria prática (que orienta a percepção da situação e oferece resposta adequada) traduz cotidianamente a interpenetração entre o passado, o presente e o futuro.

É essa “memória em ação e construção” (SETTON, 2002, p. 66), já referida, que lhes permite estabelecer as pontes que ligam o passado ao futuro e que os habilita a viverem e sobreviverem em diferentes mundos – o da tradição (pautado pela segurança e confiança) e o da mudança permanente (marcado pela transitoriedade, pelo risco, pela desorientação e pela sensação de perda de controle).

REFERÊNCIAS

ARDELT, M. Wisdom and life satisfaction in old age. **Journal of Gerontology: Psychological Sciences**, Oxford, v. 52B, n. 1, p. 15-27, 1997.

ARDELT, M. Wisdom as expert knowledge system: a critical review of a contemporary operationalization of an ancient concept. **Human Development**, Berkeley, v. 47, n. 5, p. 257-285, 2004. Disponível em: <<http://users.clas.ufl.edu/ardelt/Wisdom%20as%20expert%20knowledge%20system.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

BALTES, P. B. On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. **American Psychologist**, Washington, v. 52, n. 4, p. 366- 380, 1997.

BALTES, P. B.; SMITH, J. Towards a psychology of wisdom and its ontogenesis. In: STERNBERG, R. J. (Ed.). **Wisdom: Its nature, origins, and development**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990. p. 87-120.

BARROS DE OLIVEIRA, J. **Psicologia do envelhecimento e do idoso**. Porto: Livpsic – Psicologia, 2005.

BLANCHARD-FIELDS, F.; NORRIS, L. The development of wisdom. In: KIMBLE, M. A. et al. (Ed.). **Aging, spirituality, and religion: a handbook**. Minneapolis: Fortress Press, 1995. p. 102-118.

BOURDIEU, P. **Questions de sociologie**. Paris: Les Éditions de Minuit, 1984. 277p.

BOURDIEU, P. **Raisons pratiques**: sur la théorie de l'action. Paris: Seuil, 1994. 251p.

BOURDIEU, P.; PASSERON, J.-C. **La reproduction: éléments** pour une théorie du système d'enseignement. Paris: Editions de Minuit, 1970.

BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. **An invitation to reflexive sociology**. Chicago: University of Chicago Press, 1992.

EDMONSON, R. Wisdom in later life: ethnographic approaches. **Ageing & Society**, Cambridge, v. 25, n. 3, p. 339-356, 2005.

HELSON, R.; SRIVASTAVA, S. Creative and wise people: similarities, differences, and how they develop. **Personality and Social Psychology Bulletin**, Thousand Oaks, v. 28, n. 10, p. 1430-1440, 2002. Disponível em: <<http://pages.uoregon.edu/sanjay/pubs/creativeandwise.pdf>>. Acesso em: 9 jul. 2014.

IZQUIERDO MARTÍNEZ, A. Psicología del Desarrollo de la Edad Adulta: teorías y Contextos. **Revista Complutense de Educación**, Madrid, v. 16, n. 2, p. 601-619, 2005. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1432121>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

KRAMER, D. A. Wisdom as a classical source of human strength: conceptualization and empirical inquiry. **Journal of Social and Clinical Psychology**, Tallahassee, v. 19, n. 1, p. 83-101, 2000.

KUNZMANN, U. Desarrollo adulto y dinámica emocional – motivacional. In: BALLESTEROS, R. F. (Ed.). **Psicogerontología: perspectivas europeas para un mundo que envejece**. Madrid: Pirmide, 2009. p. 27-44.

LABOUVIE-VIEF, G. Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. In: DIEHL, M.; COYLE, N.; LABOUVIE-VIEF, G. **Psychology and Aging**, Washington, v. 11, n. 1, p. 127-139, 1996. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.11.1.127>>. Acesso em: 9 jul. 2014.

MAYER, J. D. A field guide to emotional intelligence. In: CIARROCHI, J. P.; FORGAS, J. P.; MAYER, J. D. (Ed.). **Emotional intelligence in everyday life**. Philadelphia: Psychology Press, 2001. p. 3-24.

NARANJO, C. **The one quest**. New York: The Viking Press, 1972.

NERI, A. Legado de Paul. B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 17-34, 2006.

PETERS, G. Humano, demasiado mundano: a teoria do habitus em retrospecto. **Teoria & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 8-37, 2010.

PETERS, G. Habitus, reflexividade e neo-objetivismo na teoria da prática de Pierre Bourdieu. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 28, n. 83, p. 47-71, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v28n83/04.pdf>>. Acesso em: 8 mar. 2015.

STAUDINGER, U. M. Wisdom and the social-interactive foundation of the mind. In: P. BALTES; U. M. STAUDINGER (Ed.). **Interactive minds: life-span perspectives on the social foundation of cognition**. New York: Cambridge University Press, 1996. p. 276-315.

SETTON, M. G. J. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 60-70, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n20/n20a05>>. Acesso em: 18 jul. 2014.

VANDENPLAS-HOLPER, C. **Desenvolvimento Psicológico na Idade Adulta e Durante a Velhice**. Alfragide: ASA, 2000.

VANDENPLAS-HOLPER, C. **Le développement psychologique a l'âge adulte et pendant la vieillesse: maturité et sagesse**. Paris: Presses Universitaires de France, 2003.

WINK, P.; HELSON, R. Practical and transcendent wisdom: their nature and some longitudinal findings. **Journal of Adult Development**, New York, v. 4, n. 1, p. 1-15, 1997. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/BF02511845#page-2>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

CAPÍTULO 4

CONCEPÇÕES DE ESPIRITUALIDADE DE PESSOAS NA 4ª IDADE

BRIGIDO VIZEU CAMARGO

LUIZA GUTZ

(Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil)

INTRODUÇÃO

O fato de a velhice ser a última etapa da vida intensifica a frequência da reflexão sobre a vida e a morte (BORELLA, 2012). Ter 80 anos ou mais aumenta a probabilidade de contato com perdas e a necessidade do emprego de recursos para vivenciá-las. A espiritualidade se apresenta como uma forma de enfrentamento e aqui é entendida como uma reflexão a respeito do significado da existência (SOMMERHALDER; GOLDSTEIN, 2006).

As pesquisas sobre representações sociais do envelhecimento expõem a sabedoria como um dos elementos mais partilhados socialmente (CAMARGO et al., 2014). No entanto, ele é mais recorrente entre os não idosos do que propriamente entre os idosos (MAGNABOSCO-MARTINS; CAMARGO; BIAUSUS, 2009; WACHELKE et al., 2008). Numa primeira aproximação, “sabedoria” indica, para os não idosos, experiência acumulada de vida; mas, para os idosos, além desse significado, o termo parece apontar a capacidade de conviver com as limitações da idade (BALTES; BALTES, 1990), e sob esse ponto de vista a espiritualidade pode ser considerada como um aspecto da sabedoria.

A atribuição de significado à existência como recurso de enfrentamento diante de situações do cotidiano; a capacidade de ter fé, amar e perdoar; a busca por valores transcendentais; e uma

visão que vai além das circunstâncias e transcende o sofrimento remetem à definição de espiritualidade (SOMMERHALDER; GOLDSTEIN, 2006; ROUSSEAU, 2003). A espiritualidade pode ser compreendida mediante quatro componentes: a realidade existencial ou o significado e a forma de estar na vida; a transcendência; a conexão e a integridade; e a presença de uma forma unificadora ou energia: o sagrado (CHIU et al., 2004). Quanto às dimensões da espiritualidade, Moberg e Brusek (1978) propuseram uma “dimensão horizontal”, que se estende por meio de experiências comuns do dia a dia, visando o bem-estar social, e uma “dimensão vertical”, considerada aquela que busca por alcançar Deus, um poder superior.

Ao pensar sobre o processo de envelhecimento, a espiritualidade é tida como um recurso de enfrentamento para situações adversas, o que significa que as pessoas utilizam recursos cognitivos, emocionais e sociais proporcionados pelas suas crenças para enfrentar situações existenciais (SMOMERHALDER; GOLDSTEIN, 2006). A capacidade de utilizar a experiência individual de forma reflexiva, no sentido de compreender os problemas complexos da vida, orientando assim o futuro de modo mais positivo e produtivo, contribui para o desenvolvimento da sabedoria.

Enquanto fenômeno, a sabedoria envolve características cognitivas, motivacionais e emocionais e pode ser compreendida como uma manifestação de inteligência prática e dos mecanismos de otimização seletiva com compensação descritos por Baltes e Baltes (1990). Nesse sentido, a sabedoria contribuiria para o estabelecimento da potencialidade dos indivíduos em lidar com oportunidades (ganhos) e restrições (perdas) nas condições biológicas, psicológicas e sociais no decorrer do ciclo da vida (GONÇALVES; LAMELA; BASTOS, 2013).

Para Baltes e Staudinger (2000, p. 25), “[...] a sabedoria é a orquestração do desenvolvimento humano em busca de excelência, tanto em termos individuais quanto coletivos [...]” e sua multidimensionalidade compreenderia um aprofundado conhecimento sobre as necessidades e motivações humanas, as trajetórias de vida, os grandes temas da existência e das relações humanas. Trata-se de um detalhado conhecimento sobre formas de condução das questões existenciais; a capacidade de reconhecer e considerar o contexto ao analisar os problemas da vida; e a habilidade de compreender e lidar com incertezas, manejando as imprevisibilidades com estratégias que admitam riscos (NERI, 2006). A sabedoria representa competência no direcionamento e significado da vida ao enfrentar seus problemas complexos, tanto no âmbito intrapessoal como no interpessoal (BALTES; STAUDINGER, 2000), enquanto a espiritualidade pode ser considerada uma das dimensões que integram a estrutura multidimensional da sabedoria.

A aquisição e o desenvolvimento da sabedoria demandam tempo. Embora ser idoso não seja condição suficiente para a emergência da sabedoria, tampouco exista uma relação necessária entre velhice e sabedoria, ela tem maior probabilidade de ocorrência na velhice do que em fases anteriores do desenvolvimento, dependendo da acumulação de experiências relevantes de vida (NERI, 2006). A esse respeito, para Baltes e Smith (2008, p. 61),

as experiências pessoais de vida e a exposição a diferentes crenças e valores na vida diária, num contexto multicultural, ou em períodos históricos particulares de mudanças políticas e sociais, podem constituir-se

em importantes influências facilitadoras da aquisição de sabedoria.

No âmbito das representações sociais da velhice, os elementos “experiência e sabedoria” são alguns dos poucos ancorados nas ideias de conquistas positivas e que são valorizadas socialmente (BALTES; SMITH, 1995). A teoria das representações sociais (MOSCOVICI, 2012/1961; JODELET, 1989), neste estudo em particular, permite descrever os significados, as crenças e os valores sobre a vida, velhice e espiritualidade de idosos com 80 anos ou mais. Os objetivos aqui são caracterizá-las e relacioná-las de modo a compreender as possíveis ligações entre espiritualidade e sabedoria na fase da velhice.

ESTUDO DE CASOS

As reflexões em torno da relação entre sabedoria e espiritualidade têm como base um estudo de abordagem qualitativa (GUTZ, 2013). Participaram do estudo 30 idosos com idade mínima de 80 anos e máxima de 102 anos, divididos de forma pareada por sexo. Em relação à escolaridade, metade dos participantes (8 homens e 7 mulheres) estudaram no máximo até o ensino fundamental, 9 (respectivamente, 2 e 7) até o ensino médio e apenas 6 (respectivamente, 5 e 1) até o ensino superior. Antes da aposentadoria, a maioria das mulheres trabalhava no próprio lar, enquanto homens, dentre várias atividades, atuavam em grande parte como funcionários públicos e pequenos empresários.

A maioria dos participantes declarou ter alguma doença crônica (26 de um total de 30), tais como: cardiopatias, hipertensão arterial, diabetes, acidente vascular cerebral, insuficiência

renal, hipotireoidismo, labirintite e dislipidemia. Quanto à religião, 17 participantes se autodeclararam como católicos, 7, como espíritas, 4, como evangélicos e 2, como sem religião, observando-se neste estudo o fenômeno denominado por Pegoraro (2009) como pluralidade do campo religioso brasileiro.

Utilizaram-se, ainda, entrevistas individuais em profundidade e técnicas de entrevista episódica. O anonimato foi preservado com o emprego de um apelido que procurou sintetizar o conjunto do pensamento e a exibição da autoimagem do participante. As considerações, que serão apresentadas a seguir, têm como base análises do material textual provenientes da transcrição das entrevistas em profundidade, relativas ao tópico “espiritualidade”. O foco da análise desses dados foram as coocorrências das noções-chave em torno dos tópicos, a saber: espiritualidade, vida e Deus; e a recuperação dos segmentos de textos que contêm essas noções, por meio da classificação hierárquica descendente com o emprego do *software* IRaMuTeQ (CAMARGO; JUSTO, 2013).

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA ESPIRITUALIDADE E DA SABEDORIA

A noção de espiritualidade aparece, conforme a figura, vinculada à noção de vida, que, por sua vez, está articulada à noção de Deus. Na rede de coocorrências, observa-se a conexão entre espiritualidade e religião. O conceito de espiritualidade está centrado na noção de religião como um meio existente para a busca de valores significantes para a vida através do sagrado.

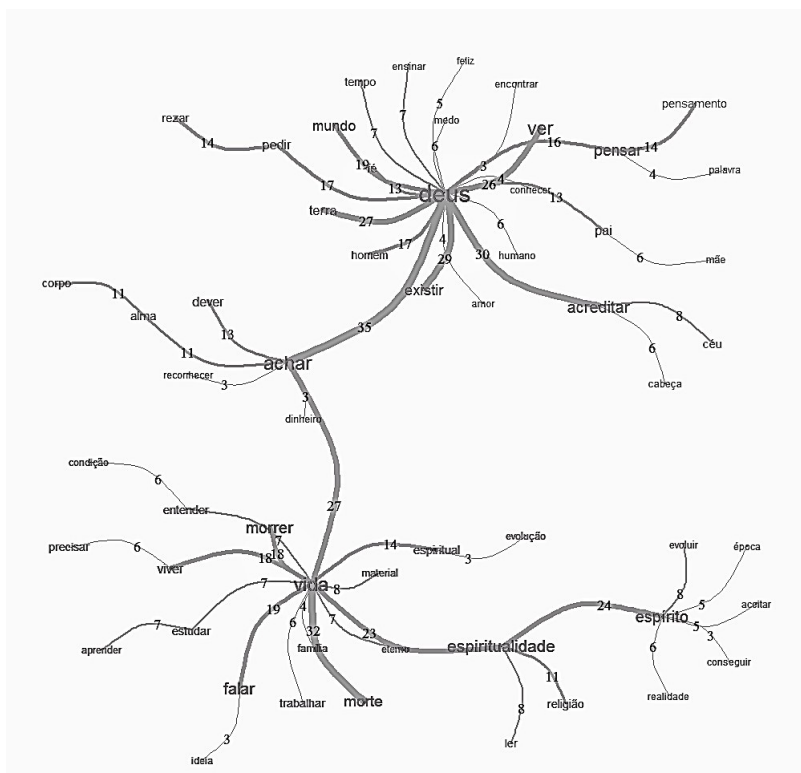


Figura 1 – Rede de coocorrências entre os principais conceitos empregados.
Fonte: autoria própria.

Empregando as dimensões da espiritualidade propostas por Moberg e Brusek (1978), a noção de espiritualidade observada entre os participantes do estudo que subsidia este capítulo dá indícios de uma estrutura de representação voltada predominantemente para a dimensão vertical, caracterizada pela busca de um poder superior. Para Goldstein e Neri (2000), a busca por maior relação com Deus facilita a

compreensão do existencial e do transcendente e aumenta as chances de envelhecer bem, com integridade e autorrealização. Não se pode esquecer que as gerações mais velhas se caracterizam pela pouca escolaridade, pela dificuldade no acesso às escolas e, simultaneamente, pela onipresença e indisposição do catolicismo com a Escola Nova, não incentivando a escolarização (MEINERZ; CAREGNATO, 2011). Isso resultou na importância da religião católica enquanto fonte de informação e de conhecimento mais formalizado.

Eu acho que a espiritualidade pertence onde tem uma religião, porque é uma coisa que nós temos assim, porque a bíblia diz que nós temos que amar a quem não vemos, porque nós não vemos a Deus (A religiosa, 88 anos).

A espiritualidade é muito complicada, relacionado espiritualidade com religião porque mesmo no espiritismo eles falam que tem um ser maior, Jesus; ninguém nega isso, até os indianos acreditam num ser maior que eles dão outro nome (A octogenária decidida, 81 anos).

Ao longo da história, os seres humanos, individual e coletivamente, têm pedido a forças sobrenaturais para intervir em seu nome quando confrontados com situações de adversidades. Nessa perspectiva, as religiões visam retratar a vida como um dom sagrado para ser apreciado e utilizado com sabedoria (CUMMINGS; PARGAMENT, 2010). Assim, os ensinamentos, as crenças e os dogmas religiosos parecem funcionar como exercícios espirituais que favorecem o encontro com a proteção divina diante das adversidades da vida e do julgamento após a morte.

A espiritualidade, ligada à religião na presente representação, parece exercer influência na aquisição de sabedoria no sentido de favorecer a aceitação do processo vital de nascimento, desenvolvimento e morte.

Então se Deus puder chegar e dizer de uma hora para outra: está na hora; eu vou, não tenho medo, porque eu sei que diante da espiritualidade eu vou passar por uma espécie de justiça divina, porque Deus dará o que eu puder receber (O saudoso apaixonado, 93 anos).

Para o dia que você morrer, por exemplo, eu não tenho medo da morte, se eu não tivesse espiritualidade eu teria, como eu acredito que Deus é Deus e que quando nós partimos temos o espírito, então eu estou tranquila (Emoção à flor da pele, 82 anos).

A noção de espiritualidade é objetivada na ideia tangível de espírito. Pensa-se que nossa materialidade e objetividade, enquanto pessoas que vivem e envelhecem, evolui para uma outra forma de “continuar existindo”, como espírito.

Eu já ouvi o som da alma no Centro Espírita. Mas será que aquele som é daquela pessoa ou é imaginação dos outros? (O centenário esperançoso, 102 anos).

A ideia de espírito, para uma parcela de idosos, como para um participante centenário desta pesquisa, é tão central e importante que a dúvida paira sobre a sua existência paralela e

similar à existência da própria pessoa na vida. O questionamento trata do grau de materialidade da manifestação do espírito, e não dele próprio.

A associação dos elementos espiritualidade e espírito, ilustrados na figura apresentada acima, indica conteúdos de sabedoria vinculados à aceitação da vida, ao constante aprimoramento no desenvolvimento humano demarcado pela capacidade de evoluir enquanto pessoa e ao aperfeiçoamento das relações humanas. Vivências, atitudes e busca por valores e significados de vida atribuídos à espiritualidade aparecem como facilitadores da aceitação da velhice e, por extensão, da morte.

Com sua capacidade de olhar as pessoas que estão à sua volta, a espiritualidade também está relacionada com a forma com que as pessoas se relacionam entre si, se a gente tiver um relacionamento bom com as pessoas está exercitando a espiritualidade (A professora, 82 anos).

A espiritualidade, você sabe que a nossa vida aqui é temporária, nós somos um tipo de turista, vamos dizer assim, viemos aqui para aprender, acho que a espiritualidade é isso, procuramos acertar as coisas (A artesã de cabelos brancos, 91 anos).

Ao considerar a integração de características cognitivas, motivacionais e emocionais da sabedoria, entende-se que 1) na perspectiva cognitiva, a sabedoria responde a problemas complexos e deficientemente estruturados; 2) do ponto de vista emocional, a sabedoria está relacionada à sensibilidade

emocional, que vislumbra a empatia e a tolerância nas relações interpessoais e no desenvolvimento pessoal; 3) na perspectiva motivacional, a sabedoria vincula-se à preocupação em relação a formação e orientação dos outros e, em particular, das novas gerações (GONÇALVES; LAMELA; BASTOS, 2013).

Na rede de coocorrências, no polo “vida”, encontram-se os verbos indicadores de sabedoria: aprender, entender, viver. A vida envolve a noção de oportunidade de aprendizado no convívio social e a evolução terrena adquirida pelo conhecimento que possibilita a qualidade de pensamento, o aprendizado a partir dos erros, a possibilidade de corrigir injustiças cometidas e a busca por boas formas de viver essa vida.

[...] sobre espiritualidade eu acho que o caminho é acertar na vida, se pedir um favor a gente faz, se pedir para recuar a gente recua
[...] (O centenário esperançoso, 102 anos).

Um dos aspectos mais centrais de uma representação social é aquele que concerne à crença (JODELET, 2002). A relação entre os elementos que se sobressaem para um grupo de participantes de um estudo indica a articulação conceitual elaborada por eles, que por sua vez confere “crédito” à crença. O conceito de vida, no pensamento dessas pessoas idosas, apresenta uma interpenetração entre elementos espirituais e pragmáticos. “Vida” apresenta-se interligada às noções de morte e morrer, vinculadas à preocupação e à preparação para a vida após a morte, por meio da aquisição da sabedoria oriunda das crenças e valores religiosos.

Eu acredito que existe a vida após a morte, porque a gente precisa acreditar em um ser superior nesse mundo tão grande em que vivemos, porque viver precisa ter alguma finalidade que não é material (A construtora do próprio caminho, 82 anos).

Eu tive ordem para me afastar depois de ter trabalhado durante muitos anos. Eu penso que espiritualidade é a continuação da vida, eu tenho certeza que a gente não morre, que isso aqui é só uma passagem, a gente vem para descontar os pecados evoluir e voltar (A solidária, 91 anos).

Na rede de coocorrências, observam-se ligações bastante fortes entre “vida, morte e espiritualidade”, mas também um conceito de vida que remete a ideias e pensamentos sobre a família, o trabalho, o estudo e o material, como seu fundamento que se apresenta no cotidiano. Essas noções remetem à materialidade da vida, representada na rede de coocorrências pelos verbos: falar, trabalhar, precisar e aprender. A dimensão pragmática da representação social de vida, ancorada na sua materialidade, envolve as noções de trabalho, dinheiro, família e a aquisição e manutenção de recursos básicos para a existência.

Falar sobre espiritualidade é muito difícil eu acho que acontecem três coisas na vida a gente nasce vive e morre se nasceu e viveu fez o que tinha que fazer lutou brigou trabalhou se desgastou cansou e morreu (O velho aventureiro, 81 anos).

O conceito de “Deus”, na rede de coocorrências, está centrado na crença da existência de um ser superior, na busca por valores centrais para a vida, por meio do sagrado e de ensinamentos religiosos. A conexão entre as noções “vida e deus” indica uma representação da vida enquanto um dom sagrado para ser apreciado e utilizado com sabedoria, a fim de favorecer formas de como vivê-la bem e avisos sobre as possíveis falhas ao fazê-lo.

Mas Deus fez o mundo composto por tudo, tudo o que tem no mundo foi Deus quem fez. Não fez navio, embarcação, barco de pesca, isso ele não fez, mas deu o dote para o homem fazer (O pescador que comeu o pão que o diabo amassou, 81 anos).

Eu acredito muito em Deus, porque têm pessoas que dizem que não existe Deus. Deus existe, porque senão quem ia tomar conta do mundo? Isso estaria uma bagunça, todo mundo ia fazer o que queria (O estofador de conversas, 87 anos).

Para o idoso apelidado de pescador, “deus” quando não cria, não faz; concede o poder para que o homem faça, como no caso do trabalhador que ele capacitou para fazer o barco de pesca. Para o idoso que trabalhava como estofador, “Deus” significa um cuidador do mundo, que não o deixa tornar-se uma bagunça. A experiência de vida ancora o objeto sagrado “Deus” no mundo ordinário da atividade de pesca ou de restauro de objetos (estofar).

Quem poderia criar isso? Só Deus, ninguém pode. O sol nasce há milhões de quilômetros e entra na nossa janela, tu colocas a mão, já está quente. Isso é uma coisa impossível do homem criar (O velho trabalhador, 89 anos).

A noção de Deus engloba, ainda, os elementos acreditar, ver, pensar, existir, mundo, terra, viver e morrer (ver a Figura 1). A morte associa-se com a vida e os idosos a tratam como uma certeza e um paradoxal desconhecimento do momento ou da época em que se vai morrer. A Deus é atribuído este conhecimento.

Só sabemos que vamos morrer, então é uma coisa muito linda. Deus deu ao homem a inteligência, mas não deu ao ponto de saber o dia que ele vai morrer, então o homem diz quando chegar sua hora, mas que hora, nós não sabemos quando vamos morrer, todo mundo diz chegou a hora, mas não tem hora para morrer, não se sabe quando, nós vamos morrer como as plantas e os animais morrem (O advogado emocionado, 84 anos).

Deus dá o peso que pode ser levado, não mais do que isso. Eu entendo que a gente deve sempre estar com Deus, ter Deus no coração. Eu penso que Deus é um espírito e que nós devemos amá-lo como um espírito amigo da gente (A idosa solitária, 81 anos).

A ideia de “Deus” envolve também uma constelação de noções periféricas, como: amor, humano, céu, rezar, palavra, pai, mãe e fé (rever a Figura 1). Como já foi remarcado, para a geração pesquisada, idosos nascidos entre 1913 e 1935, a importância da religião e seus dogmas é grande quando pensam sobre o que significam sabedoria, vida e espiritualidade, assim como a representação social de deus. Deus apresenta-se aqui como uma proteção diante das adversidades da vida e do julgamento após a morte. Desde a sua criação, a religião tem abordado assuntos de suma importância para a humanidade, concernentes a questões sobre a vida, o sofrimento e a morte.

Para Pargament (1997), indivíduos que são mais comprometidos com sua fé religiosa e convicções espirituais são mais felizes, saudáveis e têm mais recursos de enfrentamento à disposição do que aqueles para quem a religião e a espiritualidade são menos importantes. A religião se torna a solução para explicar o que não é compreensível, assim, as pessoas tendem a se refugiar em deus. A escolha da fé como recurso interno, disponível para a obtenção de conforto e proteção diante da vida na velhice, seguida da potencialização dessa crença por meio de práticas religiosas privadas e públicas, pareceu favorecer o bem-estar nessa fase da vida. Essa competência no direcionamento e significado da vida, ao enfrentar problemas da vida e da velhice, parece representar mais um dos componentes da sabedoria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS OU QUANDO A ESPIRITUALIDADE É UMA FORMA DE SABEDORIA

Gutz (2013) ressalta que a espiritualidade é um fator importante na elaboração de sentido de vida e para o bem-estar na velhice. Conforme os dados que foram expostos, isso não deixa de ser um dos aspectos pelo qual a ideia de sabedoria ganha existência para as pessoas com mais de 80 anos. A sabedoria apresenta-se como a adoção de crenças na existência do espírito e de deus. A religião, na sua versão católica e derivações, revelou-se como lugar privilegiado da espiritualidade (PEGORARO, 2009). Num certo sentido, na perspectiva de idosos com mais de 80 anos, a espiritualidade pode ser considerada como um aspecto central da sabedoria, já que o acesso sistemático à cultura não foi plural e constante, como a própria escolarização, em função da onipresença da religião nesse campo (MEINERZ; CAREGNATO, 2011).

Observou-se que a concepção feminina de espiritualidade se apresenta ancorada na ideia de religiosidade, proteção divina e transcendência da matéria. Já a concepção masculina a entende como uma conexão com um ser superior, a existência de um mundo espiritual e a responsabilidade humana.

Os idosos que se referiram à presença da espiritualidade em suas vidas articularam-na a atitudes positivas diante de adversidades. O papel da espiritualidade na velhice teve como função ser um recurso de enfrentamento das dificuldades. Ela consiste em um facilitador do bem-estar para a saúde, a qualidade de vida, a boa convivência familiar e social, auxiliando-os para que lidem com as adversidades decorrentes das limitações físicas, com perdas de pessoas próximas e com a proximidade da própria morte na velhice (GUTZ; CAMARGO, 2013). Observa-se, assim, a ideia recorrente de que a crença

em algo que transcende traz conforto diante de situações de vida e morte, mesmo que essa crença não ofereça certeza ou confiança absoluta, como especialmente no caso de parte dos homens participantes.

As representações sociais da espiritualidade estiveram ancoradas na ideia de recurso de enfrentamento para lidar com uma variedade de situações adversas, traduzindo em ações de fé, orações e confiança em deus. No campo de estudo da sabedoria (ARDELT, 2004), esse aspecto é definido como transcendência da subjetividade, que, quando atingida, permite que o ser humano seja capaz de olhar para os acontecimentos de uma forma objetiva, considerando diferentes perspectivas, sem se deixar dominar por emoções negativas.

A ideia de sabedoria como experiência acumulada ao longo da vida, característica das representações sociais de não idosos (MAGNABOSCO-MARTINS; CAMARGO; BIASUS, 2009), é um primeiro aspecto, mais estereotipado entre as pessoas em geral. A sabedoria, tomada como o emprego da espiritualidade, aqui observada seria outro aspecto desse elemento, mais próprio dos idosos e mais articulado com as práticas que englobam a vivência do envelhecimento e a proximidade com a morte. A sabedoria representa, assim, a competência no direcionamento e no significado da vida, ao enfrentar problemas complexos que envolvem a espiritualidade como integrante à sua estrutura multidimensional.

Podemos observar dois tipos de construção de ideias e crenças sobre a espiritualidade entre os grandes idosos: 1) aquela, predominante, em que as religiões são centrais na explicação dos mistérios da vida e da morte; e outra 2) a partir da qual a espiritualidade foi pensada como vontade de viver e sentido de vida. Para a primeira forma de pensar, a certeza de uma vida

após a morte minimiza as inseguranças e incertezas que advêm com a sua proximidade. Para a segunda, a busca por valores e significados de vida apareceu como facilitadora na aceitação da velhice. Tanto no primeiro caso como no segundo, a espiritualidade mostrou-se um importante fator na elaboração de sentido de vida e bem-estar na velhice.

Os idosos que relataram a presença da espiritualidade em suas vidas articularam-na a posturas positivas diante de adversidades. A espiritualidade, para os idosos entrevistados, sob a perspectiva da multidimensionalidade da sabedoria, parece significar a habilidade de compreender e lidar com incertezas, manejando imprevisibilidades (NERI, 2006), o que se refere ao processo de otimização seletiva do modelo de envelhecimento bem-sucedido proposto por Baltes e Baltes (1990).

Ao considerar os dois mecanismos que geram as representações sociais, a ancoragem e a objetivação (JODELET, 1989; MOSCOVICI, 1981), foi possível observar que as representações sociais da espiritualidade, ancoradas na ideia de transcendência da matéria, estiveram objetivadas no processo de atribuir à espiritualidade a imagem de lugar, tornando-a visível na mente como uma imagem, um local de reencontro entre pessoas, de beleza e tranquilidade, transformando o desconhecido em algo familiar. Tal representação indica a presença de aptidões reflexivas e a capacidade para compreender e gerir a incerteza, componentes atribuídos à sabedoria. A espiritualidade vinculada à noção de deus como elemento essencial no processo de individuação, ampliação da consciência, autotranscendência e encontro do si mesmo parece ser um elemento constituinte das características cognitivas, motivacionais e emocionais da sabedoria.

O presente estudo traz uma aproximação inicial para a compreensão das possíveis ligações entre espiritualidade e sabedoria na etapa da velhice. Entende-se que é necessária a promoção de estudos específicos acerca do papel do elemento “sabedoria” nas várias representações sociais do envelhecimento, pois sua relação com o trabalho, com a escolarização e com a cultura deve trazer outros aspectos relevantes para o entendimento da sabedoria na velhice.

REFERÊNCIAS

ARDELT, M. Wisdom as expert knowledge system: A critical review of a contemporary operationalization of an ancient concept.

Human Development, Berkeley, v. 47, n. 5, p. 257-285, 2004.

BALTES, P. B.; BALTES, M. M. **Successful aging perspectives from the behavioural sciences**. Canada: Cambridge University Press, 1990.

BALTES, P. B.; STAUDINGER, U. M. A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. **American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 122-136, 2000.

BALTES, P. B.; SMITH, J. The fascination of wisdom. Its nature, ontogeny and function. **Perspectives on psychological science**, Thousand Oaks, v. 3, n. 1, p. 56-64, 2008.

BALTES, P. B.; SMITH, J. Psicologia da sabedoria: origem e desenvolvimento. In: NERI, A. L. (Ed.). **Psicologia do envelhecimento**. Campinas: Papirus, 1995.

BORELLA, E. **Curso – Tecniche cognitive per la qualità della vita per gli anziani**. Organização: Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) & Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (LACCOS). UFSC, 2012.

CAMARGO, B. V. et al. Representações sociais do envelhecimento entre diferentes gerações no Brasil e na Itália. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, p. 179-188, 2014.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CHIU, L. et al. An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. **Western Journal of Nursing Research**, Thousand Oaks, v. 26, p. 405-428, 2004.

CUMMINGS, J. P.; PARGAMENT, K. I. Medicine for the Spirit: Religious Coping in Individuals with Medical Conditions. **Religions**, Basel, v. 1, n. 1, p. 28-53, 2010.

GOLDSTEIN, L. L.; NERI, A. L. Tudo bem, graças a Deus: Religiosidade e satisfação na maturidade. In: NERI, A. L. (Ed.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 2000. p. 109-136.

GONÇALVES, R.; LAMELA, D.; BASTOS, A. Envelhecimento e sabedoria: só idade não basta. **Actas de Gerontologia: Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social**, v. 1, n. 1, 2013.

GUTZ, L. **Envelhecimento e espiritualidade**: um estudo sobre representações sociais de idosos. 2013. 184 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Curso de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

GUTZ, L.; CAMARGO, B. V. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 793-804, 2013.

JODELET, D. Perspectives d'étude sur le rapport croyances/ représentations sociales. **Psychologie et Société**, Paris, v. 1, n. 5, p. 157-178, 2002.

JODELET, D. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: JODELET, D. (Org.). **Les représentations sociales**. Paris: P.U.F, 1989. p. 31-61.

MAGNABOSCO-MARTINS, C. R.; CAMARGO, B. V.; BIASUS, F. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. **Univ. Psychol.**, Bogotá, v. 8, n. 3, p. 831-847, 2009.

MEINERZ, C. B.; CAREGNATO, C. E. Educação e processos de escolarização no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. **Ciências & Letras**, Porto Alegre, v. 49, p. 43-62, 2011.

MOBERG, D. O.; BRUSEK, P. M. Spiritual well-being: a neglected subject in quality of life research. **Social Indicators Research**, Cham, v. 5, p. 303-323, 1978.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise: sua imagem, seu público**. Porto Alegre: Vozes, 2012/1961.

MOSCOVICI, S. On social representation. In: FORGAS, J. P. (Ed.). **Social Cognition**. London: Academic Press, 1981. p. 181-209.

NERI, A. L. O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 17-34, 2006.

PARGAMENT, K. I. **The psychology of religion and coping: theory, research, practice.** New York: Guilford Press, 1997.

PEGORARO, A. C. Espiritualidade na velhice: um desafio para o campo religioso brasileiro. In: ENCONTRO NACIONAL DO GT HISTÓRIA DAS RELIGIÕES E DAS RELIGIOSIDADES, 2., 2009. **Anais...** Maringá, 2009. Disponível em: <<http://www.dhi.uem.br/gtreligiao/pub.html>>. Acesso em: 30 abr. 2015.

ROUSSEAU, P. Spirituality and the dying patient. **Classic papers**, supplement to JCO, v. 21, n. 9, p. 54-56, maio 2003.

SOMMERHALDER, C.; GOLDSTEIN, L. L. O papel da espiritualidade e da religiosidade na vida adulta e na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

WACHELKE, J. F. et al. Princípios organizadores da representação social do envelhecimento: dados coletados via internet. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 12, n. 2, p. 107-116, 2008.

CAPÍTULO 5

EL ENVEJECIMIENTO Y EL CURSO DE LA VIDA

LILIANA GASTRON

GLORIA LYNCH

CLAUDIA MENEGUEZ

SILVANA STABILE

(Universidad Nacional de Luján, Argentina)

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN ARGENTINA Y BRASIL

Durante las últimas décadas, la población latinoamericana y caribeña ha experimentado un aumento considerable en el número de personas de 60 años y más. Este proceso, conocido como “envejecimiento demográfico”, se ha desarrollado con mayor o menor intensidad en todos los países de la región, encontrándose en distintas fases.

El fenómeno es consecuencia de la transición demográfica, entendida como un proceso de larga duración, que transcurre entre dos situaciones extremas: una inicial, con bajo crecimiento producto de altas tasas de mortalidad y de fecundidad, y otra final, de menor crecimiento resultado de la disminución del nivel alcanzado en ambas tasas. Entre ambos puntos de equilibrio existen dos momentos principales: 1) el aumento de la tasa de crecimiento de la población, por descenso de la mortalidad; 2) disminución del crecimiento poblacional por descenso de la fecundidad. La magnitud y la velocidad de los cambios en la tasa de crecimiento, dependerá de la rapidez y del momento en que comienzan a descender la mortalidad y la fecundidad (CHESNAIS, 1990).

En el marco de este esquema, América Latina se encuentra transitando la disminución de la fecundidad (proceso considerablemente veloz) después de haber experimentado una importante disminución en la mortalidad iniciada antes de la segunda mitad del siglo XX. El resultado fue el descenso sistemático de la tasa de crecimiento.

En los cuadros 1, 2 y 3 pueden verse el comportamiento de los indicadores mencionados en América Latina, Argentina y Brasil.

	1970 - 1975	1975 - 1980	1980 - 1985	1985 - 1990	1990 - 1995	1995 - 2000	2000 - 2005	2005 - 2010	2010 - 2015
América Latina	24.6	23.1	20.8	19.3	17.8	15.4	13.4	11.6	10.6
Argentina	16.7	15.1	15.2	14.5	13.1	11.5	9.3	8.7	8.5
Brasil	23.8	23.5	22.5	18.8	15.7	15.0	12.9	9.5	7.8

Cuadro 1 – Tasas de crecimiento total estimadas según quinquenios, América Latina, Argentina y Brasil, 1970-2015 (%).

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, revisión de 2013.

Como se desprende del análisis de los datos presentados, Argentina y Brasil se encontraban en la década del 1970 en situaciones bien diferentes; mientras Argentina presentaba una tasa de crecimiento aproximadamente 8 puntos por debajo del promedio de América Latina, el Brasil se distanciaba de ella en menos de un punto. Para 2015, por lo contrario, mientras en la región se redujo su tasa más de la mitad, Brasil tiene una tasa que representa un tercio de la que tenía hace 45 años y Argentina, partiendo de una tasa mucho más baja, la redujo sólo la mitad. En la actualidad, el Brasil tiene una tasa total de crecimiento menor que la de Argentina.

	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
América Latina	5.1	4.5	3.9	3.4	3.0	2.8	2.5	2.3	2.2
Argentina	3.1	3.4	3.2	3.1	2.9	2.6	2.4	2.3	2.2
Brasil	4.7	4.3	3.8	3.1	2.6	2.5	2.3	1.9	1.8

Cuadro 2 – Tasas globales de fecundidad estimadas, según quinquenios, América Latina, Argentina y Brasil, 1970-2015 (hijos/mujer).

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, revisión de 2013.

Es posible realizar una lectura similar acerca de las tasas globales de fecundidad.

	1970-1975	1975-1980	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
América Latina	61.2	63.4	65.4	67.3	69.1	70.9	72.4	73.3	74.3
Argentina	67.2	68.7	70.2	71.0	72.2	73.3	74.4	75.2	76.0
Brasil	59.8	61.8	63.5	65.5	67.5	69.5	71.1	72.1	73.2

Cuadro 3 – Esperanza de vida al nacer estimada, según quinquenios, América Latina, Argentina y Brasil, 1970-2015 (ambos sexos).

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, revisión de 2013.

Mientras el promedio en América Latina en su conjunto se redujo entre 1970 y 2015 en más de la mitad para ubicarse apenas por encima de la reproducción generacional (2.2 hijos/mujer), Argentina, habiendo partido de un guarismo muy inferior a la media del momento, hoy se ubica en el mismo nivel. Por lo contrario, el Brasil, habiendo partido de una tasa cercana al promedio regional, en la actualidad está muy por debajo.

Las cifras correspondientes a la esperanza de vida al nacer nos muestran otro escenario. Argentina mantuvo a lo

largo del período 1970-2015, números por encima del promedio regional, aunque cuando la distancia se fue reduciendo considerablemente. Brasil, por su parte, mejoró su situación con ritmo similar al de total de la región, aunque se mantuvo por debajo del promedio.

Como resultado de la combinación específica entre la evolución de la fecundidad y la mortalidad, las estructuras poblacionales también se han ido modificando, dando origen así al “envejecimiento demográfico”.

En el cuadro 4 es posible observar que el porcentaje de población de 60 años y más en la región casi se ha duplicado. El patrón seguido por Brasil es muy similar al de la mayoría de los países; Argentina muestra ya desde el inicio del período, un porcentaje considerablemente mayor de personas de edad.

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015
América Latina	6.5	6.6	6.8	7.2	7.6	8.1	8.8	9.8	11.2
Argentina	11.5	12.0	12.5	13.0	13.3	13.6	14.0	14.6	15.5
Brasil	6.1	6.3	6.4	6.8	7.4	8.1	8.9	10.2	11.9

Cuadro 4 – Población de 60 años y más, América Latina, Argentina y Brasil, 1975-2015 (%).

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, revisión de 2013.

La relación porcentual existente entre la cantidad de personas de 60 años y más y la población de 0 – 15 años, permite calcular el denominado “índice de envejecimiento”.

	1980	1990	2000	2005	2010	2015
América Latina	16.7	19.9	25.3	29.2	34.7	42.8
Argentina	39.3	42.5	48.6	53.1	58.9	65.2
Brasil	16.5	19.4	27.5	32.3	39.9	52.1

Cuadro 5 – Índice de envejecimiento derivado de estimaciones y proyecciones de población, 1980-2015 (%).

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, revisión de 2013.

Los países se clasifican en distintos grupos según sus niveles de fecundidad y su índice de envejecimiento. En la fase incipiente del proceso de envejecimiento poblacional encontramos niveles relativamente altos de fecundidad e bajos índices de envejecimiento. Luego continúa una fase moderada del envejecimiento con una fecundidad mayor a 2,2 hijos/mujer y un índice de envejecimiento menor entre 32 y 20 personas mayores/100 personas 0-15 años). En un tercer grupo, se encuentran países que presentan un envejecimiento moderadamente avanzado (tasas de fecundidad que fluctúan entre 2,1 y 1,8 hijos/mujer y un índice de envejecimiento que se mueve entre 42 y 33 personas mayores/ 100 personas 0-15 años). En la fase de envejecimiento avanzado, los niveles de fecundidad son similares a los del grupo anterior, pero el índice de envejecimiento que fluctúa entre 51 y 82. Finalmente, se identifica una etapa muy avanzada del envejecimiento, con una tasa global de fecundidad que fluctúa entre 1.9 y 1,5 hijos por mujer, y un índice de envejecimiento entre 91 y 100 personas de edad/100 niños.

De acuerdo con los datos, las etapas de la transición demográfica de ambos países eran muy diferentes en los años 1950/55. Mientras, Argentina estaba entre los países de transición plena,

colocándose Uruguay en la etapa avanzada, Brasil se encontraba en un momento incipiente, como la mayoría de los países de la región. Entre los años 1985/90, Brasil se encontraba en la transición plena y Argentina alcanzaba la etapa avanzada con Chile, Cuba y Uruguay. En 2005/2010, Brasil ya ha alcanzado la etapa avanzada y se encuentra con Argentina, Chile y Costa Rica, sólo superados por Cuba y Uruguay.

Es muy interesante entender las diferencias referidas al inicio y a la velocidad de transición en ambos países. El envejecimiento de la sociedad argentina se puso en evidencia desde la década del 70, se aceleró en las décadas siguientes, y en los últimos censos, según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) se produjo una lentificación en el proceso. En Brasil en cambio, los datos del Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística (IBGE), muestran un salto brusco de transición.

RESPUESTAS SOCIALES Y PRÁCTICAS DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN UNIVERSIDADES DE AMBOS PAÍSES

Frente al envejecimiento de su población cada uno de los países ha dado respuestas, que deben relacionarse con la aparición de un grupo humano cada vez más numeroso y las imágenes y representaciones que emergen en los colectivos sociales. Seguidamente vamos a comentar algunos programas sociales surgidos en Argentina y Brasil y que involucran a las universidades, dado que son instituciones caja de resonancia, donde se forman y capacitan los futuros profesionales que tendrán a su cargo brindar asistencia y atención.

Un primer dato interesante a tener en cuenta es que dichas respuestas están desfasadas en el tiempo en ambos

países y esa diferencia puede relacionarse con la diversidad del timing de la transición demográfica en ellos. En Argentina en 1971, se sanciona la Ley 19.032 y se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, ante la necesidad de brindar asistencia médica, social y asistencial a una población que requería atenciones específicas referidas a su edad: los adultos mayores. El nombre oficial del Instituto fue remplazado por las siglas PAMI por la mayoría de la población, que lo identificó con su eslogan pues en sus comienzos hacía alusión al Programa de Atención Médica Integral, por su relevancia. Con el correr de los años este eslogan se fue adaptando a los objetivos institucionales y a las necesidades de sus afiliados.

PAMI fue la primera obra social donde los destinatarios eran en su mayoría adultos mayores, convirtiéndose de esta forma, en la organización pionera y precursora en atención a la tercera edad, tanto a nivel regional como internacional. En sus comienzos, PAMI prestó sus servicios a los afiliados de Capital Federal. Con el correr del tiempo, se ha ido consolidando y extendiendo a lo largo y ancho de todo el territorio nacional. Así se convirtió en un modelo único en su género por la complejidad y variación de sus prestaciones que otras obras sociales no ofrecen. Una de las principales características que la distinguen es el tipo de prestaciones y servicios que brinda, relacionados con su esencia social, humana y recreativa, entendiendo que la mejora en la calidad de vida no refiere sólo al estado de salud físico, sino también social y emocional.

En el año 2009 se desarrolla un proceso de transformación sostenido en la nueva misión del Instituto, la sigla PAMI modificó su significado: adoptándose el eslogan “Por una Argentina con Mayores Integrados”, evidenciando que no sólo es importante la asistencia médica para mejorar la calidad de

vida de los Mayores sino que es indispensable la integración total de los mismos a la sociedad que los contiene, procurando e incentivando la independencia, la autonomía y la dignidad de los afiliados. Los servicios que se brindan contemplan: prestaciones médicas, programas y prestaciones especiales, prestaciones sociales y prestaciones jurídicas.

En setiembre de 2009 aparece la Resolución de creación del Programa Universidades Para Adultos Mayores Integrados del INSSJP conocido con la sigla UPAMI. El mismo se basa en el Programa Nacional de Promoción y Prevención Socio- sanitaria, en el marco de las prestaciones sociales. Se trata de crear un espacio universitario específico para los Mayores con los objetivos de promover el crecimiento personal, mejorar la calidad de vida y hacer efectiva la igualdad de oportunidades para el desarrollo de valores culturales y vocacionales; posibilitar la adquisición de habilidades para afrontar nuevas demandas, recuperar y valorar saberes y estimular el diálogo intergeneracional, facilitando su integración en la sociedad.

Si bien desde hace más de tres décadas existen experiencias de aulas y hasta universidades de la tercera edad en el mundo, las mismas surgieron en el seno mismo de las instituciones de nivel superior, constituyendo lugares de esparcimiento y de capacitación. Esta es la primera vez que una institución de servicio social incluye el espacio universitario considerándolo como una acción promotora y preventiva de la salud en la amplitud del término. Entre sus considerandos se establece por ejemplo que aporta “al objetivo preventivo máximo que es la conservación de la autonomía personal, la participación y el ejercicio de una ciudadanía plena en el marco de sus derechos”.

A partir del acto resolutivo mencionado comenzaron a surgir los convenios marco con el Consejo Interuniversitario

Nacional, y específicos con distintas universidades nacionales y privadas del país, desde la Gerencia de Promoción Social y Comunitaria del Instituto y las distintas Gerencias Locales de Pami.

PROGRAMA NACIONAL UPAMI. UNA EXPERIENCIA PREVIA A SU IMPLEMENTACIÓN EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LUJÁN “LOS ADULTOS MAYORES Y LA EDUCACIÓN”

El Programa UPAMI es financiado por la obra social pero cada universidad lo aplica de acuerdo con los principios de autonomía universitaria. En la Universidad Nacional de Luján se acordó comenzar el desarrollo del Programa, a partir de un curso de capacitación gerontológica destinado a los futuros docentes UPAMI, pertenecientes a la UNLU y talleristas que desarrollan sus tareas en las distintas agencias y delegaciones del PAMI.

Finalidades:

- Generar un espacio de encuentro e intercambio para la reflexión sobre cuestiones vinculadas con la educación de las personas de edad.
- Valorar sus posibilidades, a partir del estímulo y la promoción de actividades de formación.
- Contribuir a desterrar limitaciones y obstáculos, que estigmatizan a los/as adultos mayores, a partir de los conocimientos científicos más recientes.
- Reconocer y valorar positivamente a los/as adultos mayores como sujetos cognoscentes, deseantes y con derechos.
- Propiciar el debate sobre la educación como un bien social.

- Incluir a los/as profesionales que nos ocupamos de las personas de edad como sujetos que envejecemos.
- Los cursantes eran docentes de la UNLU en Derecho, Trabajo Social, Geografía e Historia. Los talleristas desarrollaban actividades con adultos mayores en yoga, memoria, gimnasia acuática, danzas folklóricas, de la tierra y la naturaleza, expresión corporal, fisioterapia, pedicuros y coordinadores de grupo. En las evaluaciones finales acerca del contenido del curso se señalaron que:
- Les permitió tener más elementos para pensar las intervenciones.
- Les ayudó a conocer más a los adultos mayores.
- Les “sacó” el miedo a la vejez.
- Fue un enriquecimiento, no sólo profesional, sino también personal.
- Les permitió conocer lo que se realizan en otros talleres.
- Les permitió interrelacionarse con quienes eran de la misma zona y no se conocían. En cuanto a las evaluaciones a los docentes destacaron que:
- Se encontraron con docentes sólidos y cálidos.
- Hubo un ambiente afectuoso y respetuoso.
- Esperan que desarrollen otros cursos de capacitación que les permitan profundizar algunos temas.
- Agradecen el tiempo y la dedicación y el cumplimiento de lo acordado al inicio.

PROGRAMA NACIONAL DE ABUELAS Y ABUELOS LEECUENTOS. UNA EXPERIENCIA EN UN AULA UNIVERSITARIA

Los programas intergeneracionales tienen como meta favorecer la integración de distintos grupos etarios en políticas sociales que ofrezcan oportunidades a la juventud y sean solidarias con los mayores, incorporándolos a la vida activa de la sociedad. Las finalidades de estos programas buscan superar un cierto aislamiento generacional o por grandes grupos de edad, que si bien tienen situaciones vitales y expectativas de vida muy diferentes, pueden encontrar espacios para compartir e intercambiar experiencias y enriquecerse mutuamente.

Para la juventud se trata de poder desarrollar proyectos de vida propios, es decir, emparejarse, convivir o casarse, formar una familia, encontrar oportunidades de inserción adecuadas en el mercado de trabajo, a modo de ejemplo. Para las personas mayores consiste en no marginarlas una vez finalizada su trayectoria laboral y darles oportunidades de seguir participando activamente y enriqueciendo la sociedad a la que pertenecen (PLAN ESTRATÉGICO DONOSTIA-SAN SEBASTIÁN, 2009).

Entre los objetivos de los Programas Intergeneracionales algunos autores (GRANVILLE; ELLIS, 1999) mencionan:

- Enfatizar lo que las generaciones pueden aportarse entre sí.
- Fomentar la colaboración entre entidades y servicios que atienden a distintos grupos de edad.
- Generar actividades mutuamente beneficiosas para jóvenes y mayores.
- Conseguir beneficios simultáneos relacionados tanto con las necesidades comunitarias como con las individuales y familiares.

- Desarrollar el enfoque del ciclo vital en los esfuerzos para impulsar la implicación cívica y desarrollar las distintas comunidades.
- Buscar oportunidades para un mejor envejecimiento.

Este marco es propicio para ubicar la experiencia que vamos a comentar. El programa Abuelas y Abuelos Leecuentos está basado en la experiencia iniciada en 2001 por la Fundación Mempo Giardinelli en la provincia del Chaco. Este programa busca promover la tradición de la lectura en la primera infancia a través de la creación de espacios de encuentro intergeneracional que preserven la antigua costumbre de leer cuentos para los niños. Su rasgo distintivo es que los participantes son en su mayoría mujeres mayores lectoras, y no narradoras orales, ya que la actividad gira en torno al objeto libro como origen y soporte de la actitud lectora.

La figura de la abuela (y el abuelo) es simbólica; Abuela (y Abuelo) Leecuentos puede ser cualquier adulto que tenga deseos de leer cuentos a niños en edad escolar. Se lee principalmente en escuelas primarias, elegidas libremente por cada abuela. Pero también puede leerse en jardines de infantes, comedores infantiles, hospitales de niños, y en todo aquel lugar al que se considere oportuno y necesario llevar lecturas, incluyendo instituciones para adultos. Debe contarse con la aceptación por parte de los directivos, acordándose un cronograma de visitas. Se trabaja bajo el lema Leer... abre los ojos.

Como docentes de la UNLU, conocedoras del desarrollo de este programa, nos propusimos invitar a un grupo de integrantes a participar de una clase del Seminario optativo para la Licenciatura de Trabajo Social, cuyo título es El envejecimiento en la sociedad actual. En el equipo docente

consideramos interesante debatir sobre programas sociales en desarrollo con buenos resultados, pero no sólo a través de la lectura de material, o el análisis de contenido. Nuestra idea fue convocar a las mayores participantes para que ellas mismas pudieran intercambiar su propia experiencia con los estudiantes de la universidad.

Han pasado cinco años desde entonces. Y cada segundo cuatrimestre no dejamos de convocarlas. Las Abuelas Leecuentos llegan a la Universidad, dejando de lado sus propios miedos, que según nos relataron las tenían atemorizadas dado que ninguna de ellas había estudiado en la universidad. Y su primera acción es leer algún cuento o alguna poesía, hábilmente elegidos de la literatura argentina o latinoamericana. Quienes participamos de estos encuentros sentimos un fortalecimiento humano muy importante. Mujeres mayores, algunas de ellas bordeando los 80 años pueden conmovernos con sus lecturas, y nos hacen comprender que es posible envejecer con lucidez y en salud.

Por otra parte, las conversaciones fluyen y permiten abordar seriamente la historia del Programa, la tarea de la coordinación que asume el personal de trabajo social del Instituto, y los detalles de la política social que sirve de marco para esta acción. Desde esta práctica se van desterrando los prejuicios que rodean a esta etapa de la vida y permiten mayor profundización en el aprendizaje.

El seminario es evaluado a través de un trabajo práctico escrito, y, realmente, la producción obtenida revela un alto nivel de análisis por parte de los estudiantes universitarios. La experiencia concreta en toda su dimensión es también estimulante para el estudio de la realidad de las personas de edad, promoviendo la lectura y la reflexión sobre los distintos temas

del programa de la asignatura. De esta manera estamos mejorando la formación de los futuros trabajadores sociales con un enfoque de las personas en el curso de la vida integrando a las de mayor edad.

UNIVERSIDADE ABERTA DA TERCEIRA IDADE – UNATI/UERJ

Como fue señalado, a mediados de los años 1980 en Brasil se comienzan a percibir los inicios del proceso de envejecimiento de su población. La Constitución de 1988 se caracteriza por el avance en los derechos sociales. El texto asegura la participación social en la comunidad, la organización en movimientos sociales, garantizando la ciudadanía y el bienestar para todos los ciudadanos brasileños. Su artículo 230 define el marco legal referido a las personas de edad de Brasil (60 años y más).

La Ley 8842 de 1994 es la implementación de la “Política Nacional de las Personas de edad”. Es un conjunto de acciones gubernamentales con el objetivo de asegurar los derechos sociales de los mayores. La Ley 10741 datada en setiembre de 2003 se denomina “Estatuto de la persona de edad”. Representa un marco fundamental en la lucha por los derechos de las personas mayores e implica derechos fundamentales: derecho a la vida, al goce de la libertad, el respeto y la dignidad, a la alimentación, la salud, la educación, la cultura y el tiempo libre, a la profesionalización y al trabajo, a la previsión social, la asistencia social, la vivienda, y el transporte.

A comienzos de la década de 1990 surgió un proyecto denominado Núcleo de atención a las personas de edad en el Hospital Universitario de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro que se proponía ofrecer una atención integral a la

salud, en una acción multiprofesional e interdisciplinar, considerando a la persona mayor como un ser humano integral, y a su salud inserta en un amplio proceso de mejoramiento de la calidad de vida. Este fue el embrión del UNATI, la Universidad Abierta para la Tercera Edad, de la UERJ. Inició sus actividades en agosto de 1993, como núcleo de la Sub-Rectoría de Extensión y Cultura de la UERJ. Actualmente un número diversificado de profesionales ven realizados los ideales del Prof. Américo Piquet Carneiro, expresados en una concepción de U3A (University of Third Age), constituyendo uno de los más avanzados experimentos de una Micro-Universidad Temática al interior de una Institución Universitaria.

Desde los primeros esbozos del proyecto, se fueron estableciendo un conjunto de metas para sus acciones en las áreas de Enseñanza, Investigación y Extensión. La UNATI está organizada por Departamentos. El Departamento de Dirección General es la dependencia central de la UNATI-UERJ, de allí son dirigidas y autorizadas las acciones para los proyectos multidisciplinarios desarrollados por el equipo interdisciplinar y es de su competencia vincular los medios académicos y comunitarios. El Departamento de Asesoría de Comunicación Social tiene como objetivo racionalizar y divulgar todo el flujo de informaciones provenientes de la UNATI-UERJ o fuera de ella.

La Coordinación de Pos-Grado coordina desde 2004, en conjunto con la Facultad de Medicina de la UERJ una carrera innovadora de Especialización en Geriátrica y Gerontología, con informaciones actualizadas sobre planeamiento de acciones de salud de las personas mayores abordando así los temas actuales y contemporáneos de las áreas. La Coordinación de Proyectos de Enseñanza es un área estructurada en un Centro de Convivencia que coordina los proyectos educativos que permitirán a las

personas de edad la absorción de nuevos contenidos y el rescate de su ciudadanía, capacitándolas para producir acciones de participación social.

El Centro de Convivencia es un local destinado a encuentros e interacciones supervisadas con metodologías pedagógicas específicas donde se ofrecen cursos libres gratuitos con una duración de un año. Actualmente se ofrecen 85 cursos, divididos en cuatro áreas temáticas: educación para la salud, arte y cultura, conocimientos generales y lenguas extranjeras, y conocimientos específicos sobre la tercera edad.

La Coordinación Pedagógica desarrolla actividades pedagógicas así como acciones de administración escolar, planifica estrategias para la educación permanente de la Tercera Edad, evaluando técnicas y posibles recursos para la enseñanza. La Coordinación de Eventos Educativos y Socioculturales planifica todas las actividades de Programación Educativa y Sociocultural de la UNATI-UERJ que son ofrecidas para todas las personas de edad que no consiguieron ingresar en los Cursos, y para las personas en general interesadas en los temas propuestas.

La Coordinación de Proyectos de Extensión coordina todos los proyectos provenientes de los Departamentos de Extensión y Cetreina. UERJ, estando los mismos vinculados a las unidades de enseñanza de la UERJ, promoviendo una relación intergeneracional entre los jóvenes y las personas de edad. En forma conjunta con el Centro de Producción/CEPUERJ y empresas del sector privado, esta área ofrece cursos dirigidos a Cuidadores de Personas de edad y para profesionales del área de la gerontogeriatría.

La Coordinación de Proyectos de Investigación coordina y analiza proyectos y trabajos científicos que sirven como fuente de consulta para investigadores de Brasil y de todo el

mundo en las más diversas áreas del conocimiento. El Centro de Referencia y Documentación sobre Envejecimiento tiene como objetivo responder a las necesidades de investigación y diseminación de trabajo en las diversas áreas del conocimiento vinculadas con la Geriatria y la Gerontología. El proyecto denominado Recursos comunitarios para las personas mayores distribuye cartillas de acciones educativas: Cartilla del cuidador de personas de edad. El cuidador también precisa cuidados, Cartilla No a La violencia contra las personas de edad, Cartilla de las personas de edad. Accesibilidad y atención prioritaria a las personas de edad, entre otras. En este Centro se produce la Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia - *Textos sobre Envejecimiento*, publicada desde 1998.

El Núcleo de Atención a la Persona Mayor, NAI, realiza la asistencia médica en el ámbito de la educación y promoción de la salud para las personas mayores con un perfil más autónomo e independiente. El Centro de Cuidado Integral a la persona mayor realiza asistencia médica en el ámbito de la educación y promoción de la salud para las personas mayores con limitaciones significativas de independencia y autonomía.

La Coordinación de Secretaría es responsable por la parte de gestión de los recursos humanos de la UNATI-UERJ, planifica y elabora junto con la Coordinación Pedagógica la Programación General de los Cursos, informando a la comunidad externa, las personas de edad, los profesionales y todas las personas interesadas sobre las actividades planeadas para cada año lectivo y los asuntos generales.

Los ejes fundamentales de UNATI-UERJ son la Promoción de la Funcionalidad y de la Participación Social y la Sustentabilidad. En resumen, se trata de promover entre los mayores, una vida plena en funcionalidad con participación social, comprometida

con la sustentabilidad del planeta, de la humanidad intentando trascender horizontes personales. Los elementos del Programa de UNATI para las personas mayores son: el servicio de salud y asistencia social, las actividades educativas, culturales y sociales y el voluntariado.

Se pueden destacar como impacto de las acciones educativas en UNATI los siguientes resultados:

- Cambio positivo en la manera de percibir y desafiar a la vejez.
- Estímulo para el autocuidado.
- Refuerzo a la auto-estima / postura ante la vida.
- Incentivo y oportunidad de participar en nuevas actividades.
- Crecimiento personal para compartir problemas y experiencias con los otros.
- Refuerzo de la postura positiva ya adoptada en cuanto al envejecimiento.
- El valor de “*tener un grupo*”.
- Los logros con las personas mayores fueron:
- Espacio de cambio, solidaridad y fortalecimiento de los vínculos de relación.
- Ampliación de la red de apoyo de la persona de edad.
- Importancia del dispositivo grupal en el enfrentamiento de la soledad y en la construcción de vínculos.
- Actitud efectiva de protagonismo de los participantes, corroborando el referencial de empoderamiento previsto en el proyecto.
- Responder al objetivo de educación continua -pasaje del grupo cerrado a los encuentros abiertos.
- Continuidad de participantes desde el primer año, confirmando la creación de vínculos.

- Referencia a cambio de hábitos > conocimiento y acceso.
- Protección del equipo en situaciones de daño a la salud (incluso NAI).
- Evaluación positiva sobre la metodología utilizada. Los logros en el servicio fueron:
- Entrenamiento consistente y amplio acceso a contenidos teóricos específicos.
- Integración en un entrenamiento interdisciplinar de 20-25 alumnos por año.
- Participación de la mayoría del equipo de tutores.
- Formación original.
- Cooperación interinstitucional.

Argentina y Brasil enfrentan su envejecimiento poblacional en un momento histórico y a un ritmo distinto, ello marca una primera diferencia para cualquier estudio comparativo. No obstante, resulta interesante profundizar la mirada hacia aquellas prácticas y estrategias que cada país ha desarrollado frente a la situación para garantizar la atención de los adultos mayores.

Sin dudas, conocer y difundir las intervenciones universitarias señaladas nos moviliza a la reflexión y nos invita a una acción creativa, innovadora y comprometida no sólo para brindar garantías de cuidado a los mayores sino para favorecer la construcción de la propia identidad de los más jóvenes incluyendo a la vejez como una aspiración de logro para todos los seres humanos. Aparece como un desafío para los académicos de las universidades el desarrollo de investigaciones comparativas en las que estemos implicados quienes dedicamos nuestros esfuerzos para generar sociedades inclusivas de las personas de todas las edades.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8078, de 11 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm>. Acesso em: 23 jun. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 23 jun. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 10741, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 23 jun. 2017.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.

CHESNAIS, J. **El proceso de envejecimiento de la población**, serie E, n. 35, (LC/DEM/G.87). Santiago de Chile: CEPAL/CELADE, 1990.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). **Observatorio Demográfico**. 2013 (LC/G.2615-P). Santiago de Chile, 2014.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). **Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe** (LC/G.2634-P). Santiago de Chile, 2014.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). **El envejecimiento y las personas de edad**: indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe (LC/L.2987/Rev.1). Santiago de Chile, 2009.

GRANVILLE, G.; ELLIS, S. W. Developing Theory into Practice: researching Intergenerational Exchange. **Education and Ageing**, Manchester, v. 3, n. 14, p. 231-248, 1999.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. **Censos Nacionales**. Disponível em: <<http://www.indec.mecon.ar>>. Acesso em: 14 fev. 2015.

PAMI INSTITUCIONAL, INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS. **Historia, Política de Calidad, Servicios, Cartilla Médica, Actividades Preventivas**. Disponível em: <<http://www.pami.org.ar>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

RABELLO DE FRIAS, S. **Cartilha**: não à violação de direitos da pessoa idosa. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; Ministério Público, 2013.

RABELLO DE FRIAS, S.; BRANQUINHO LUCAS C. **Cartilha do Idoso:** acessibilidade e atendimento prioritário à pessoa idosa. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; Ministério Público, 2013.

RABELLO DE FRIAS, S.; GOOSSENS, M. **Cartilha do Cuidador de Idosos.** Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; Ministério Público, 2012.

UNATI/UERJ. **Conhecendo a UnATI/UERJ.** Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

CAPÍTULO 6

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE ENVELHECIMENTO ATIVO DE PESSOAS IDOSAS COM E SEM O DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS

OLÍVIA GALVÃO LUCENA FERREIRA

(Universidade Federal da Paraíba, Brasil)

TATIANA DE LUCENA TORRES

(Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil)

MARIA DO SOCORRO COSTA FEITOSA ALVES

(Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil)

MARIA ADELAIDE SILVA PAREDES MOREIRA

(Universidade Federal da Paraíba, Brasil)

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, observa-se um crescimento significativo da população idosa, decorrente dos avanços tecnológicos na área da saúde e das modificações nas condições socioeconômicas da população mundial. A longevidade deixa de ser privilégio de poucas pessoas e o foco das atenções passa a ser o processo de envelhecimento bem-sucedido. Com isso, a reflexão sobre a temática da pessoa idosa é de suma importância para a implementação de políticas públicas e desenvolvimento de programas e ações, locais, regionais, nacionais e internacionais.

Os investimentos e as ações direcionadas à pessoa idosa devem promover um envelhecimento ativo, que pode ser conceituado como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, objetivando melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Nesse sentido, considera-se a pessoa idosa não mais como passiva, mas como pessoa ativa nas

ações a ela direcionadas, numa abordagem integral, valorizando sua inserção na comunidade e o autocuidado e enfatizando sua autonomia e independência funcional (LOPES; MENDES; MOREIRA, 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências. Já independência funcional é a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade por seus próprios meios, ou seja, sem ajuda de outros. Assim, o envelhecimento ativo aumenta a expectativa e a qualidade de vida das pessoas idosas, incluindo as que são consideradas frágeis, incapacitadas fisicamente e as que requerem cuidados.

As pessoas idosas apresentam heterogeneidade, havendo algumas em pleno vigor físico e mental e outras em situações de maior vulnerabilidade. Elas diferem de acordo com as suas histórias de vida, seu grau de independência funcional e sua demanda por serviços de saúde, que objetam formulação de políticas públicas e atendimentos que respondam às suas necessidades, considerando à realidade sociocultural.

Uma das mudanças socioculturais que têm sido observadas na população idosa está relacionada à sexualidade no envelhecimento. As pessoas idosas estão desafiando o estereótipo de assexuadas e estão cada vez mais mantendo sua vida sexual ativa durante o envelhecimento. Esse fenômeno pode ser explicado pelos avanços da indústria farmacêutica, que têm permitido o prolongamento da vida sexual, modificado atitudes e comportamentos sexuais, o que torna essas pessoas mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis (DST), incluindo a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana

(HIV), causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (OLIVEIRA; PAZ; MELO, 2013).

A mudança do perfil demográfico da população brasileira é um fator importante para a compreensão da AIDS em pessoas idosas, uma vez que continua aumentando o número de notificações da infecção pelo HIV nessa faixa etária. No entanto, as pessoas idosas soropositivas tendem a apresentar os efeitos da imunodepressão de maneira mais acelerada do que as de outras faixas etárias, porque se somam às manifestações clínicas da AIDS os sinais e sintomas de outras doenças que podem estar atreladas ao envelhecimento, podendo, assim, comprometer a sua autonomia, independência funcional e representação do envelhecimento (BRASILEIRO; FREITAS, 2006).

Desse modo, estudar a representação do envelhecimento ativo de pessoas idosas que vivem com o HIV/Aids pode contribuir para o enfrentamento das necessidades de atenção à saúde que garantam os seus direitos como cidadão e a inclusão na sociedade, além de um melhor envelhecimento, o que implica um importante avanço do ponto de vista do atendimento de necessidades que vão além das biológicas.

Este estudo encontra-se subsidiado na Teoria das Representações Sociais enquanto formas de conhecimentos e práticas que funcionam como mediadoras entre sujeito e objeto, no contexto sociointeracional. Essa teoria tem sido considerada útil na análise de diferentes objetos/fenômenos de estudos, em particular, no campo da saúde. As representações sociais compreendem um sistema de interpretações da realidade, constituído por processos sociocognitivos com implicações nas relações dos indivíduos com o mundo, suas condutas e seus comportamentos no meio social (HERZLICH, 2005; MOSCOVICI, 2012). Segundo Lima et al. (2010, p. 954), as representações sociais de pessoas idosas

que convivem com HIV na velhice “estruturam-se na interface da pluralidade e complexidade do funcionamento de elementos comportamentais em busca de viver com qualidade, mesmo diante da cronicidade do diagnóstico”. Tais autores evidenciam a mudança da perspectiva do senso comum em relação ao HIV/Aids, uma vez que a doença deixa de ser fatal e passa a ser crônica, algo que se reflete no pensamento das pessoas que possuem a doença e estão no processo de envelhecimento.

As representações sobre envelhecimento ativo construídas socialmente por pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids constituem o objeto de estudo desta pesquisa, sendo o aporte teórico das representações sociais uma abordagem interessante, por propor estratégias de atendimentos a essas pessoas contextualizadas socialmente. Esses aspectos podem contribuir para a implementação de ações que venham a contribuir com práticas profissionais mais assertivas no atendimento oferecido a essa população frente a concepções e comportamentos adotados, visando contribuir para um envelhecimento ativo e uma melhor qualidade de vida.

Conhecer como as pessoas idosas com o diagnóstico de HIV/Aids representam o envelhecimento ativo e comparar com as representações de pessoas idosas que não têm esse diagnóstico possibilita dimensionar um diagnóstico psicossocial a esse grupo de pertença específico, analisando a possível existência de relação entre a representação social do envelhecimento ativo e o HIV/Aids. Nesse sentido, este estudo torna-se relevante para a implementação de ações que venham a melhorar e/ou manter a saúde durante o processo de envelhecimento e o bem-estar dessas pessoas idosas, contribuindo também com os profissionais da saúde que lidam com esse estrato populacional na elaboração e execução de planos de ação terapêuticos e preventivos.

Assim sendo, questionou-se: quais as representações sociais sobre envelhecimento ativo elaboradas por pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids? Quais as implicações nas representações sobre envelhecimento ativo em pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids?

Para responder a esses questionamentos, este estudo teve como objetivos: analisar as representações sociais sobre envelhecimento ativo elaboradas por pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids e comparar as representações sociais sobre envelhecimento ativo elaboradas por pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal com abordagem mista dos dados (CRESWELL, 2010), em que foram priorizadas as falas dos sujeitos para a apreensão de dimensões simbólicas acerca do envelhecimento ativo de pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids, utilizando-se o aporte teórico da Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2009), bem como considerando aspectos quantitativos na caracterização dos participantes e na análise dos dados.

Para compor o Grupo 1, formado por pessoas idosas com o diagnóstico de HIV/Aids, os participantes foram selecionados no Hospital Clementino Fraga e na casa de apoio Ação Social Arquidiocesana no município de João Pessoa/PB. Esses locais foram escolhidos porque são referências no tratamento e apoio às pessoas que vivem com DST/HIV/Aids. O Grupo 2, formado por pessoas idosas sem o diagnóstico de HIV/Aids, foi selecionado no Centro de Convivência do Idoso, localizado no

município de João Pessoa/PB. Esse centro foi escolhido por ser um espaço de convivência de pessoas idosas e de fácil acesso à realização da pesquisa.

A amostra foi do tipo não probabilístico e delimitada pelo critério de saturação teórica dos dados, ou seja, quando os dados acessados pelo pesquisador apresentam certa redundância, não sendo necessário ampliar a amostra, pois, levando em conta o aporte teórico utilizado, as informações acessadas são consideradas suficientes (DENZIN; LINCOLN, 1994). Realizou-se um levantamento do número de pessoas, com idade igual ou superior a 60 anos, diagnosticadas com AIDS, no período entre 2012 e 2013, de modo que o setor de epidemiologia do Hospital Clementino Fraga notificou 29 casos, dos quais 12 vieram a óbito. A casa de apoio Ação Social Arquidiocesana no município de João Pessoa/PB possui aproximadamente 500 pessoas cadastradas com o diagnóstico de HIV/Aids, porém apenas 200 são frequentadoras assíduas, contabilizando desse total 14 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

O presente estudo foi apreciado pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB, sob n. do parecer: 731.092, data da relatoria: 24/07/14, devidamente cadastrado na plataforma Brasil (CAAE n. 33529514.2.0000.5188). Ressalta-se que para a realização do estudo proposto foram obedecidos todos os critérios estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre ética em pesquisa com seres humanos. A participação dos indivíduos ocorreu de forma voluntária, sendo esclarecidas todas as dúvidas, e os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram coletados a partir dos instrumentos listados a seguir.

Teste Mini Exame do Estado Mental (MEEM) – utilizado para a seleção da amostra como critério de inclusão. Trata-se de um questionário de 30 pontos usado para avaliar perdas cognitivas, classificando como perda cognitiva grave quando se atinge o *score* ≤ 9 ; moderada para os *scores* entre 10 e 20; leve para *scores* entre 21 e 24; e normal para *score* ≥ 25 . Foi considerada como ponto de corte a perda cognitiva leve e normal, por identificar que esse grupo apresenta potencial de entendimento para responder aos questionamentos.

Teste da Associação Livre de Palavras – nesse instrumento, foram utilizadas as expressões indutoras: “Idoso Ativo” e “Aids em Idoso”. Os pesquisados foram orientados a responder de forma espontânea aos estímulos propostos, sendo incitados a evocar 4 palavras que lhes viessem à cabeça quando liam as expressões “Idoso Ativo” e “Aids em Idoso” e a marcar qual seria a evocação mais importante dada para cada estímulo.

Entrevista semiestruturada – esse instrumento é composto por duas partes. A primeira compreendeu as variáveis sociodemográficas: idade, sexo, local de nascimento, estado civil, informação sobre moradia e arranjo familiar, religião, escolaridade, ocupação atual, tempo de diagnóstico e forma de transmissão da doença. Na segunda parte, foram abordadas questões abertas que pretenderam acessar o campo de representação ou imagens, os conhecimentos ou informações sobre envelhecimento ativo e HIV/Aids e as atitudes dos idosos frente ao envelhecimento ativo.

Os dados coletados foram submetidos a uma análise multimétodo, sendo as respostas da entrevista semiestruturada gravadas e posteriormente transcritas. Após a sua transcrição, foram organizadas em um banco de dados preparado especificamente para ser processado no *software* IRaMuTeQ

(*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), a partir do seu *corpus*. Esse *software* foi desenvolvido pelo pesquisador francês Pierre Ratinaud, em 2009, e começou a ser utilizado no Brasil em 2013. Trata-se de um programa informático gratuito que permite diferentes formas de análises estatísticas sobre *corpus* textuais, desde as mais simples, como estatísticas textuais clássicas (cálculo de frequência de palavras), até as multivariadas, como pesquisa de especificidades de grupos, classificação hierárquica descendente, análises de similitude e nuvem de palavras (RATINAUD; MARCHAND, 2012; CAMARGO; JUSTO, 2013).

Os dados coletados referentes ao perfil sociodemográfico foram analisados com auxílio do pacote informático SPSS 20 (*Statistical Package for the Social Science*), através de estatística descritiva. Os resultados após processamento e análise de todos os dados foram interpretados com base no referencial teórico adotado para este estudo.

RESULTADOS

Participaram 48 pessoas idosas, com idades entre 60 e 96 anos ($M = 68$; $DP = 7,83$), divididas em dois grupos de forma pareada (24), considerando o diagnóstico soropositivo para HIV/Aids: o grupo 1, constituído por pessoas com diagnóstico soropositivo para HIV/Aids; e o grupo 2, sem o diagnóstico de HIV/Aids. No grupo 1, a maioria era do sexo masculino e no grupo 2, do sexo feminino. Em ambos os grupos, predominaram a faixa etária entre 60 e 69 anos, o baixo nível de escolaridade, a religião católica e o fato de morarem em casa própria com parentes.

No grupo 1, ao serem indagados sobre como contraíram o HIV/Aids, 71% responderam após relações sexuais desprotegidas, seguida de transfusão sanguínea (8%), acidente de trabalho (4%) e 17% não sabiam informar. Quanto ao grupo 2, quando questionado sobre o conhecimento a respeito das formas de transmissão do HIV/Aids e sobre a prática de comportamentos considerados de risco, 88% responderam que sabem como se transmite o vírus, no entanto, a maioria (79%) não faz ou fazia uso de preservativo em suas relações sexuais. Todos já tiveram relação sexual desprotegida, 8% já realizaram transfusão de sangue e 8% compartilharam seringas.

O *corpus* processado pelo *software* de análise textual IRAMUTEQ foi denominado envelhecimento ativo e sua relação com o HIV/Aids e constituído a partir das respostas às entrevistas. O referido *corpus* era composto por 25.257 palavras diferentes, sendo descartadas aquelas com frequência inferior a 3, obtendo-se 2.885 palavras analisáveis e 22.372 instrumentais. O *corpus* foi dividido em 728 segmentos de texto (ST), em função do seu tamanho, respeitando a pontuação, cuja classificação hierárquica descendente reteve 629 ST, com um aproveitamento de 86,4%.

O *corpus* sofreu cinco partições que deram origem a seis classes. Na primeira partição, o *corpus* originou a Classe 1, que se manteve estável, gerando o primeiro eixo. Depois, sofreu nova partição, desenvolvendo um segundo eixo e originando a Classe 6. Na sequência, uma nova partição ocorreu, gerando a Classe 2, seguida das duas últimas partições, que deram origem às Classes 5, de um lado, e às Classes 3 e 4, de outro, quando não houve mais partições e o conteúdo não mais se dividiu.

No que se refere ao envelhecimento ativo para as pessoas idosas que convivem com HIV/Aids e para aquelas sem o diagnóstico de HIV/Aids, emergiram seis classes, que foram denominadas

a partir do seu conteúdo – Classe 1: aspectos relacionados ao idoso ativo; Classe 2: experiência da descoberta do HIV/Aids; Classe 3: conformidade e adaptação do viver com HIV/Aids na velhice; Classe 4: sentimentos revelados sobre o HIV/Aids; Classe 5: espiritualidade no enfrentamento do HIV/Aids; Classe 6: conhecimento sobre a contaminação com HIV/Aids.

A Figura 1 mostra o dendograma que representa a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), conforme os segmentos de texto e as relações entre as classes.

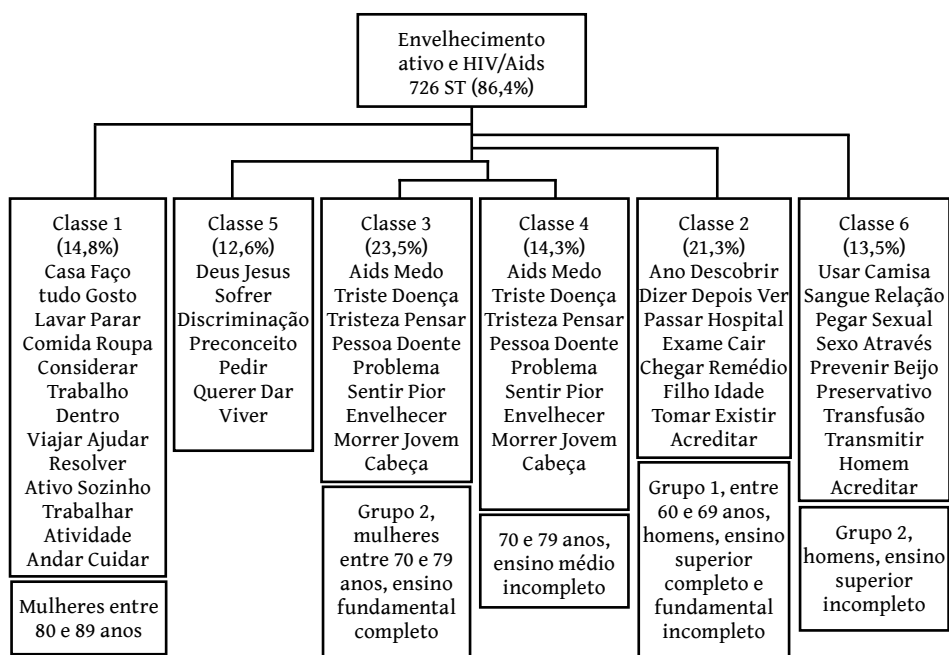


Figura 1 – Dendograma da CHD do *corpus* envelhecimento ativo e HIV/Aids.

Fonte: autoria própria.

É possível observar a formação de dois eixos principais: o primeiro formou a Classe 1, que se refere aos aspectos relacionados ao idoso ativo, enquanto o segundo originou as outras classes que apresentaram os aspectos relacionados ao viver com HIV/Aids na velhice e estão mais próximas, encontrando-se um conteúdo mais voltado para as características da doença.

As palavras descritas no dendograma foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios: $X^2 \geq 3,84$ ($p < 0,001$) e frequência superior a 10 (ponto de corte estabelecido considerando a relação entre número de ocorrências e de formas das palavras). Além disso, foram incluídas as variáveis mais significativas que contribuíram para a formação da classe. A seguir, a descrição das classes é realizada levando-se em consideração a relação entre elas, como pode ser visto no dendograma da Figura 1.

CLASSE 1 - ASPECTOS RELACIONADOS AO IDOSO ATIVO

A Classe 1, denominada aspectos relacionados ao idoso ativo, é formada por 93 ST (14,79%), cujos conteúdos são referentes às atividades cotidianas, físicas e de lazer, essenciais para um envelhecimento ativo, realizadas de maneira independente. Essa classe teve contribuição dos dois grupos, sendo a maioria do sexo feminino, com idade entre 80 e 89 anos. O idoso ativo foi representado como aquela pessoa que faz tudo dentro de sua casa, ou seja, lava e passa roupa, cozinha sua própria comida, resolve seus assuntos e trabalha. É considerado ativo porque gosta de realizar essas atividades e não fica parado, desenvolvendo-as sozinho, sem ajuda de outra pessoa, além de terem momentos de lazer como viajar, passear e andar, conforme evidenciado nas falas dos idosos:

[...] sou uma pessoa ativa porque resolvo as minhas coisas sozinha e resolvo as do meu filho. Sou aquela pessoa que resolve tudo. Eu faço tudo dentro de casa [...] (E12).

[...] eu lavo minha roupa, lavo meu banheiro, lavo os pratos, tomo conta do meu filho. O idoso ativo é a pessoa que faz as atividades de casa, que cuida do serviço de casa [...] (E11).

CLASSE 6 - CONHECIMENTO SOBRE A CONTAMINAÇÃO PELO HIV

A Classe 6, que detém 85 ST (13,51%), teve a maior contribuição de pessoas do grupo 2, sexo masculino e ensino superior incompleto. Ela apresentou em seus conteúdos formas de infecção, como: contato com sangue, por meio de transfusão sanguínea, seringa e agulha contaminada, e relação sexual, bem como revelou dúvidas sobre os meios de transmissão, como o contato mediante beijo e abraço. Expôs, ainda, uma das formas de prevenção da doença, o uso da camisinha ou preservativo, e a possível rejeição desse uso durante as relações sexuais.

[...] disseram que o que transmite essa doença é o sangue, contato de sangue com sangue [...] (E16).

[...] pega aids na relação sexual, no beijo e no abraço. Antigamente todo mundo fugia, ninguém queria ficar perto dessas pessoas [...] (E37).

[...] pega aids na relação sexual e sexo oral. Mas, no beijo não tenho certeza. Deve usar

camisinha para prevenir. O idoso que pegou aids não evitou a doença, fez sexo sem camisinha [...] (E45).

CLASSE 2 - EXPERIÊNCIAS DA DESCOBERTA DO HIV/AIDS

A Classe 2, denominada experiências da descoberta do HIV/Aids, detém 134 ST (21,3%) e teve maior contribuição do grupo 1, composto por pessoas idosas que vivem com HIV/Aids, com idades entre 60 e 69 anos e do sexo masculino. Traz aspectos que estão relacionados a experiências vivenciadas quando descobriram o diagnóstico da doença. Seus conteúdos retratam o momento do diagnóstico positivo para o vírus HIV/Aids, a dificuldade de aceitação e a decisão de não dizer que tem o vírus, receando a discriminação, como pode ser visto a seguir em alguns trechos de falas:

[...] eu descobri que tenho essa doença quando eu vim para esse hospital essa semana, tossindo, para me examinar, para ver o que eu tinha, porque tomava remédio em casa, mas o remédio que eu tomava não servia de nada [...] (E08).

[...] fiz o meu exame e deu positivo, nosso filho estava com 7 anos e fez também o exame, mas não deu positivo [...] (E12).

CLASSE 5 - ESPIRITUALIDADE NO ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS

A Classe 5 deteve 79 ST (12,56%) e teve a contribuição dos dois grupos (G1 e G2). Traz em seus conteúdos que somente Deus pode trazer a cura à doença e dar forças para continuar a viver e somente “Ele” pode ajudar a enfrentar o preconceito e a discriminação em relação à pessoa idosa soropositiva, conforme as falas a seguir:

[...] Jesus cuida da minha vida. Estou nas mãos dele, até o dia em que eu for morar no céu. Mas Deus está comigo. Estou com Jesus até o dia em que Ele quiser me levar. Deus quer que a gente faça a nossa parte e depois o que nós podemos fazer é o que Ele quer que a gente faça e o que a gente não pode fazer, Ele vem e faz. Se Deus quiser, eu vou tomando os remédios, eu vou me sarar e se Ele não quiser, eu estou nas mãos Dele e de Jesus [...] (E08).

[...] doença que não tem cura, só Deus pode curar. Se Deus quiser Ele pode curar. O mais importante é pedir força para Deus, porque se não fosse Deus eu não estava nem aqui, porque Deus é quem dar a força para enfrentar tudo e o que seria de mim se *não fosse o meu Deus*. Viver com hiv é viver pedindo força a Deus [...] (E11).

CLASSE 4 - SENTIMENTOS REVELADOS SOBRE O HIV/AIDS

A Classe 4, com 148 ST (23,53%), é considerada a maior delas, tendo contribuição do grupo 2, sexo feminino, idade entre 70 e 79 anos e ensino fundamental completo. Centra seus conteúdos nos sentimentos que a doença traz, como medo e tristeza. Para essas pessoas, a AIDS causa medo de contaminação e de discriminação. A tristeza foi muito evidenciada nos conteúdos, como resultado de ter uma doença incurável, cheia de discriminação e preconceito, como pode ser evidenciado em algumas falas a seguir:

[...] envelhecer com a aids é muito triste, porque muitas pessoas discriminam, pensam que pode pegar e ficam com cisma daquela pessoa que tem aquele problema, tanto para o jovem quanto para o idoso, principalmente para o idoso, porque muita gente discrimina o idoso e com um problema desses discriminam mais ainda [...] (E32).

[...] morro de medo que aconteça uma coisa dessas. Deve sentir desgosto e tristeza, quem tem essa doença [...] (E35).

CLASSE 3 - CONFORMIDADE E ADAPTAÇÃO DO VIVER COM HIV/AIDS NA VELHICE

A Classe 3, denominada conformidade e adaptação do viver com HIV/Aids na velhice, é formada por 90 ST (14,31%) e teve a maior contribuição de pessoas idosas de ambos os grupos, com idade entre 70 e 79 anos e ensino médio incompleto, cujos

conteúdos estão relacionados à conformidade com o diagnóstico, sendo este o causador de uma doença que não tem cura. Para essa classe, as pessoas que vivem com o HIV/Aids devem levar a vida cuidando da saúde para não piorar a situação clínica, buscando se conformar e seguir em frente, como apontam os seguintes depoimentos:

[...] aids é uma doença incurável, mas que pode ir levando a vida até quando Deus quiser, é só se tratar e viver a sua vida normal, não fazer extravagância. É uma doença que a pessoa pode viver com ela a vida inteira, tendo cuidado, se tratando, não viver fazendo estripulia. Muita gente que tem essa doença não liga, mas eu me trato, me cuido [...] (E14).

[...] envelhecer com hiv não tem saída, porque não tem cura, tem que envelhecer com ela [...] (E28).

DISCUSSÃO

Foi possível observar nos dados sociodemográficos do presente estudo que a faixa etária predominante de 60 a 69 anos também é evidenciada em outras pesquisas, revelando um crescimento da incidência de contaminação com o vírus HIV/Aids nela, que passou a ser a quarta mais afetada no país (SOUZA, 2012; ULTRAMARI et al., 2011). Contrariando os referidos estudos, que têm demonstrado uma paridade entre homens e mulheres, nesta pesquisa, os homens se destacaram no grupo de pessoas com HIV/Aids, enquanto as mulheres foram maioria

no outro grupo. Tal fato não é compatível com os dados mais atuais dos Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde, mas revela características da realidade local.

O nível de escolaridade tem sido considerado em outros estudos que indicam a contaminação pelo vírus da aids como um acontecimento em todas as camadas sociais, no entanto, ao longo dos anos, tem aumentado o número de casos da doença em pessoas com escolaridade mais baixa, o que pode ser explicado a partir da relação entre maior escolaridade, melhor acesso à informação e métodos de prevenção (LIMA; FREITAS, 2013; SOUZA, 2012). Com base nesse dado, percebe-se que as campanhas preventivas devem levar em consideração o nível de escolaridade de pessoas idosas ao elaborarem estratégias educativas.

O fato de os participantes terem relatado possuir religião (predomínio da católica) é visto como relevante por estudiosos que afirmam que a espiritualidade e a religiosidade podem ajudar os indivíduos soropositivos a aceitarem sua condição de saúde (GOMES et al., 2012; LIMA; FREITAS, 2013; OLIVIERA et al., 2011). Além disso, o fato de a pessoa idosa morar com um ou mais familiares pode ser considerado um ponto positivo em relação ao seu envelhecimento ativo e bem-sucedido. Existem vários conceitos de família, mas neste estudo ela foi considerada como um grupo de pessoas composto por vínculos de consanguinidade ou não, que mantém relações de vínculo e compromisso necessárias à sobrevivência, como alimentação, abrigo, proteção, afeto, socialização, no todo ou em parte. Portanto, a família pode ser um forte suporte e apoio em momentos de crises, diminuindo o estresse psicológico e os problemas relacionados com a saúde dos indivíduos (SILVEIRA; CARVALHO, 2011).

Quanto à forma de contaminação, predominantemente evidenciada através de relações sexuais, também foi encontrada

em outros estudos (VOGT et al., 2010). Verificou-se que os participantes se apresentam vulneráveis para a contaminação pelo HIV/Aids. Estudiosos afirmam que a vulnerabilidade individual é constituída por diversos fatores, dentre eles, o grau e a qualidade de informação que o indivíduo dispõe acerca dos riscos de contaminação, a capacidade de transformar suas próprias práticas e a noção de risco (BITTENCOURT et al., 2015).

O envelhecimento ativo foi representado na Classe 1 por meio de atividades cotidianas, sendo estas desenvolvidas de maneira independente. A habilidade de realizar as atividades diárias de maneira independente na comunidade com nenhuma ou pouca ajuda de outra pessoa é conceituada como independência funcional. Da mesma forma, a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver no dia a dia, de acordo com suas próprias regras e preferências, é conhecida como autonomia (OMS, 2005).

A Política do Envelhecimento Ativo tem como objetivo aumentar a qualidade de vida das pessoas idosas, tendo a saúde como um de seus pilares básicos, com ações para a diminuição dos fatores de risco para declínio funcional e doenças crônicas e aumento dos fatores de proteção. A preservação da capacidade funcional e a autonomia tornam-se importantes para o envelhecimento saudável através de ações que orientam os indivíduos à adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e à eliminação de comportamentos danosos à saúde (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2011).

O processo de envelhecimento acarreta transformações no corpo, em decorrência das alterações fisiológicas resultantes das décadas vividas, e na capacidade funcional, ou seja, na condição do indivíduo de realizar com independência as tarefas do cotidiano, ocasionadas principalmente pelo desuso físico e

por situações emocionais (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008). A diminuição da capacidade funcional pode ser proveniente da evolução de uma patologia de base, de sequelas ou de inadequada assistência recebida (familiar, social ou institucional), bem como pode ser considerada um indicador de saúde e um fator de risco à mortalidade em pessoas idosas, até mais do que as próprias doenças que levaram à dependência, uma vez que nem todas as pessoas doentes se tornam dependentes (VERAS, 2009). Para tanto, faz-se necessário que sejam estabelecidas novas prioridades e ações de saúde que norteiem estratégias para o enfrentamento dos desafios de manter essas pessoas independentes funcionalmente.

Preservar ou recuperar a independência funcional das pessoas idosas torna-se prioridade no cuidado da saúde dessas pessoas. O comprometimento das atividades de vida diária pode ser evitado ou revertido se receberem orientações e derem início a um programa de reabilitação, a fim de recuperar sua independência funcional e autonomia, o que remete à necessidade de um sistema de saúde que tenha uma perspectiva de curso de vida e que vise à promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo aos cuidados em saúde, salientando que os serviços de saúde e sociais são considerados pela OMS um dos fatores determinantes para o envelhecimento ativo (OMS, 2005; OLIVEIRA et al., 2012).

A independência funcional e a autonomia de pessoas idosas podem ser consideradas garantias de que estas se mantenham ativas em suas atividades diárias, proporcionando não apenas bem-estar físico, mas também emocional, a partir do momento em que essas pessoas se sintam capazes de realizar atividades do seu dia a dia, melhorando a qualidade de vida e a expectativa de vida saudável.

Quanto à negação inicial após o diagnóstico do HIV/Aids, observada nos conteúdos da Classe 2, é importante salientar que estudos destacam que pessoas idosas não se sentem vulneráveis aos HIV/Aids, relacionando-os a grupos específicos como homossexuais, prostitutas e usuários de drogas injetáveis. Entretanto, desde o surgimento da epidemia, houve uma mudança no conceito de risco para o HIV/Aids e pessoas que antes não eram identificadas como passíveis de contaminação passaram a contrair o vírus e a fazer parte de grupos vulneráveis (GURGEL et al., 2014).

Assim, por não considerarem o risco de contrair a doença, as pessoas idosas, ao receberem o diagnóstico, não acreditam nele e a primeira reação é um estado temporário de choque e de negação da doença, o que pode ser considerado um aspecto negativo, levando à falta de interesse em buscar informação e prejudicando, assim, o autocuidado e o cuidado com o outro (TORRES et al., 2011). Vale ressaltar que para muitos idosos a prevenção da aids é algo novo, que não fez parte de suas experiências e inserção na vida sexual, por isso, desenvolver tais comportamentos preventivos na velhice torna-se um desafio.

Outra experiência vivenciada pelas pessoas idosas participantes deste estudo refere-se à decisão de encobrir o diagnóstico como forma de autoproteção à discriminação da sua condição soropositiva. Estudiosos afirmam que muitas pessoas soropositivas reconhecem que uma vida normal como antes do diagnóstico não é possível devido ao preconceito. Dessa forma, temendo a rejeição por parte das pessoas que estão a sua volta, optam por esconder o seu diagnóstico de amigos e familiares, como autoproteção (GOMES et al., 2012).

A revelação da sorologia para o HIV/Aids pode gerar uma segregação social, logo, as pessoas soropositivas temem a rejeição

e o preconceito por parte de quem está à sua volta. Essa situação pode acarretar isolamento social, conflitos nos relacionamentos interpessoais, impacto negativo na rede social de apoio e dificuldade de adaptação e inserção social (TORRES et al., 2011).

Um dos fatores determinantes apresentados pela OMS para o envelhecimento ativo é o determinante social, que envolve apoio social, oportunidade de educação e aprendizagem permanente, paz e proteção contra violência e maus-tratos. Esses fatores sociais são essenciais para estimular a saúde, a participação e a segurança das pessoas que envelhecem. Assim, a falta de apoio social tem sido associada a aumento da mortalidade, morbidade, problemas psicológicos e diminuição da saúde e bem-estar geral (OMS, 2005).

Oferecer apoio psicossocial à pessoa idosa que recebe o diagnóstico positivo para o HIV/Aids proporciona um cuidado integral às suas necessidades não apenas biológicas, mas também psíquicas e sociais, resultando na promoção da sua saúde e bem-estar. Da mesma forma, inserir socialmente a pessoa idosa soropositiva, reconhecendo os seus direitos, favorece a sua participação na sociedade, fortalece a sua dignidade e otimiza o envelhecimento ativo.

Quanto às formas de enfrentamento da doença, outros estudos revelaram que uma das estratégias possíveis é a de lutar pela vida, ou seja, lutar para sobreviver. Diante do diagnóstico de uma doença incurável, mas que se pode conviver com ela, as pessoas procuram dar algum sentido à sua existência, podendo modificar seus sentimentos e ações em relação ao outro e a si mesmas, resignificando a sua vida (ESPÍRITO SANTO; GOMES; OLIVEIRA, 2013).

Apesar da ausência de vacinas e de uma cura efetiva para a aids, as pessoas entrevistadas dos dois grupos sabem que se trata de uma doença incurável e que buscar outras formas de

enfrentamento dessa situação deve ser a meta principal, percebendo que se pode viver com a aids, se forem tomados alguns cuidados com a saúde, dando continuidade ao curso de vida e reaprendendo a lidar com o diagnóstico positivo cuidando de si.

O cuidar de si, segundo Foucault (2006), significa tanto o cuidar da alma quanto do corpo, a partir da relação de subjetividade estabelecida entre sujeito e verdade, tendo como referência o conhecer-te a ti mesmo para o cuidado de si. Desse modo, o cuidado constitui-se uma prática constante que envolve preocupação e ocupação consigo mesmo em torno de como cuidar de si próprio.

Portanto, constata-se a importância de políticas públicas que melhorem o acesso das pessoas idosas aos serviços de saúde e que nestes elas encontrem o conhecimento necessário sobre seu estado de saúde, novas formas de prevenção e controle da infecção para que desenvolvam a corresponsabilidade do seu cuidado. Numa perspectiva integral, o cuidado não tem a função de reintegrar o indivíduo à situação anterior ao sofrimento, mas de promover uma ressignificação e transformação para um estágio superior. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem criar estratégias de atenção que possibilitem à pessoa idosa que vive com o HIV condições de participação ativa no seu cuidado, ressaltando a potencialidade do indivíduo de cuidar de si, construindo junto – profissional e indivíduo – um projeto terapêutico singular para que este seja resolutivo, resultando num cuidado efetivo, humanizado e integral.

A participação ativa no cuidado da própria saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis são importantes em todos os estágios da vida e vistas como fatores comportamentais determinantes para o envelhecimento ativo. O cuidado com a medicação, a prevenção de doenças oportunistas, a alimentação

saudável, a prática de exercício físico, a abstinência do fumo e do álcool podem aumentar a longevidade e a qualidade de vida dos indivíduos que vivem com o vírus HIV (OMS, 2005).

Quanto ao sentimento de medo de contaminação pelo vírus que surge no imaginário social das pessoas que não possuem o diagnóstico, pode estar relacionado ao medo da morte, visto que se trata de uma doença que não tem cura. A tristeza surge como resposta ao medo de estar com uma doença incurável que poderá levar à morte. O sentimento de tristeza é intrínseco ao ser humano e pode ser considerado como a ausência de satisfação pessoal do indivíduo frente à sua fragilidade. A aids, desde o seu início, vem acompanhada pelo estigma e pela discriminação não apenas no Brasil, mas em todo o mundo. Esse sentimento de tristeza associado ao preconceito e à discriminação pode resultar no isolamento social (ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010).

Nesse contexto, percebe-se que o apoio familiar e dos profissionais da saúde é uma ferramenta fundamental para o cuidado integral e multidisciplinar dessas pessoas idosas, prevenindo que os sentimentos de medo e tristeza levem ao isolamento social, à solidão e, consequentemente, a um quadro de depressão, comprometendo o seu envelhecimento ativo. A espiritualidade pode ser vista como fator importante para o enfrentamento do viver com o HIV/Aids na velhice. Observa-se nos conteúdos que as pessoas sabem que a aids é uma doença incurável, mas acreditam que Deus pode realizar todas as coisas, inclusive a cura. Esse pensamento traz, para essas pessoas, sentimentos de fé e esperança que podem ser considerados um posicionamento positivo frente ao diagnóstico.

A busca de respostas para questões fundamentais sobre a vida e seu significado está relacionada à espiritualidade, que pode ou não culminar no desenvolvimento de rituais religiosos

e na formação de comunidade. A religiosidade pode ser conceituada como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos projetados para auxiliar a proximidade do indivíduo com o sagrado e o transcendente, podendo ser vista como um dos caminhos para se cultivar a espiritualidade. Assim, o termo espiritualidade é mais amplo e inclui a religiosidade (ESPÍRITO SANTO; GOMES; OLIVEIRA, 2013).

A religião foi apontada como um sistema cultural produtor de sentido existencial e mecanismo de objetivação de determinados aspectos culturais. O Brasil pode ser considerado um país com forte presença religiosa, por isso, é interessante que as estratégias de saúde se utilizem de parcerias com instituições religiosas para o enfrentamento do HIV/aids, para a ampliação do alcance de um maior número de pessoas que participam de comunidades religiosas, para a compreensão da relação entre a espiritualidade e o contexto que envolve a doença, assim como para a percepção da condição de conviver com o HIV e as relações interpessoais, ajudando no combate à discriminação e ao preconceito que envolvem o estigma de ser idoso e concomitantemente ser soropositivo para esse vírus (SOUZA, 2012).

A cultura foi apontada pela OMS como um fator determinante transversal para a compreensão do envelhecimento ativo. Ela influencia todos os outros fatores, determinando como a sociedade e os indivíduos encaram os problemas que os afetam e que envolvem o outro e como se comportam frente a eles. Diante disso, as políticas e os programas precisam respeitar e considerar a cultura e as tradições e, ao mesmo tempo, desmistificar estereótipos e informações errôneas (OMS, 2005).

Portanto, no processo de cuidar das pessoas idosas que convivem com o HIV, a dimensão espiritual deve ser considerada, visto que está relacionada com o enfrentamento da doença,

com a fonte de forças para a continuidade da vida e com a esperança de dias melhores que podem dar sentido à sua existência e à doença, favorecendo o cuidar de si e do outro, com responsabilidade e autonomia. Para tanto, os profissionais de saúde necessitam adequar as suas práticas profissionais, ampliando a visão do processo saúde/doencimento para além do olhar puramente biológico e proporcionando uma melhor qualidade de vida durante o processo de envelhecimento atrelado ao conviver com o HIV/Aids.

Neste estudo, foi possível observar que as pessoas conhecem as formas de contaminação para esse vírus, apesar de terem algumas dúvidas relacionadas ao contato físico através do beijo e abraço, bem como sabem qual é a principal maneira de se prevenir, o que pode ser explicado pelo fato de esses conteúdos terem sido evidenciados em sua maioria por pessoas cujo nível de escolaridade era superior incompleto, possível justificativa para o conhecimento correto sobre as formas de transmissão.

No entanto, apenas o conhecimento sobre as formas de contaminação não é suficiente para a prevenção contra esse vírus, fazendo-se necessárias a mudança de hábitos e a adoção de comportamentos protetores contra os fatores de risco de contaminação com o HIV/Aids, a partir da compreensão da corresponsabilidade no cuidado de si e do outro.

A utilização do preservativo foi apontada como a forma de prevenção contra a infecção pelo vírus HIV/Aids. No entanto, foi observado no conteúdo das entrevistas que a maioria das pessoas idosas rejeita o uso desse recurso preventivo, salientando que essa rejeição é maior por parte das mulheres. Esse achado corrobora outros estudos que afirmam que o preservativo é a forma mais conhecida de prevenção do HIV/Aids pelas pessoas idosas e que é menos utilizada por elas em

comparação com as pessoas mais jovens, limitando seu uso apenas às relações sexuais com desconhecidos ou aos casos de desconfiança quanto à fidelidade do parceiro (GARCIA et al., 2012; SILVA; VARGENS, 2009).

A não utilização do preservativo pelos homens idosos pode ser explicada pelo receio de perder a ereção e por achar que o seu uso se restringe apenas às relações sexuais com profissionais do sexo. As mulheres idosas justificam a não utilização do preservativo pelo fato de não possuírem mais a capacidade de engravidar, vendo o preservativo apenas como um meio contraceptivo e não como um recurso preventivo contra doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/Aids (SANTOS; ASSIS, 2011; NAPPER; FISHER; REYNOLDS, 2012).

Diante disso, os profissionais de saúde necessitam estar cada vez mais abertos à quebra de paradigmas, visando à desconstrução de imagens estereotipadas da doença e da sexualidade na velhice. A representação errônea da pessoa idosa como ser assexuado e livre de contaminação pelo HIV/Aids foi cristalizada no imaginário social, principalmente, das pessoas com mais idade que vivenciaram o início da epidemia, o que pode dificultar a mudança de hábitos e a adoção de novas formas de lidar com a sexualidade. Portanto, a assistência à saúde das pessoas idosas deve usar de estratégias de educação em saúde que considerem o contexto sociocultural e as particularidades que envolvem a sexualidade na velhice, facilitando o acesso às informações para a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos (LIMA; FREITAS, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou analisar as representações sociais sobre envelhecimento ativo elaboradas por pessoas idosas, com e sem o diagnóstico de HIV/Aids. Os resultados revelaram que os conteúdos apreendidos acerca do envelhecimento ativo se ancoram em alguns dos fatores determinantes apresentados pela OMS, tais como: sistemas de saúde e serviço social, determinantes comportamentais e sociais, além do determinante transversal relacionado aos fatores culturais.

O envelhecimento ativo depende de uma diversidade de fatores determinantes que envolvem os indivíduos, familiares e sociedade. Proporcionar um envelhecimento bem-sucedido à pessoa idosa soropositiva é possível através da articulação de diversos setores e da utilização de estratégias transdisciplinares para a promoção da saúde, permitindo que ela se mantenha autônoma, independente e participativa na sociedade.

Para as pessoas idosas que não possuem o diagnóstico do HIV, o envelhecimento ativo também foi representado como algo que está ao alcance de todos, a partir do acesso aos serviços de saúde de qualidade, da adoção de hábitos de vida saudáveis e de comportamentos protetores contra o risco de infecção não apenas do HIV, mas também de doenças sexualmente transmissíveis. Diante disso, tanto as pessoas idosas que convivem com o HIV quanto as pessoas que não possuem o diagnóstico desse vírus necessitam de uma visão ampliada no que tange à promoção de um envelhecimento ativo, considerando o contexto sociocultural no qual estão inseridas, objetivando as suas necessidades em saúde. Políticas públicas e programas voltados para um envelhecimento ativo devem ser incentivados para permitir que essas pessoas continuem participativas, de acordo com suas

capacidades e preferências, prevenindo incapacidades, agravos à sua saúde e, conseqüentemente, gastos para os indivíduos, familiares e sistemas de saúde. Propõe-se que mais estudos sobre essa temática sejam desenvolvidos para a compreensão dos processos que envolvem pessoas idosas que convivem com o HIV e o envelhecimento ativo, pois podem contribuir para estratégias de saúde mais assertivas pelos profissionais de área, gestores e sociedade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Helana Augusta dos Santos; SILVA, Susan Kelly; SANTOS, Maria Izabel Penha de Oliveira. Aids em idosos: vivências dos doentes. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 712-719, 2010.

BATISTA, Marina Picazzio Perez; ALMEIDA, Maria Helena Morgani; LANCMAN, Selma. Políticas Públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. **Revista Terapia Ocupacional**, v. 22, n. 3, p. 200-207, 2011.

BITTENCOURT, Greicy Kelly Gouveia Dias et al. Mapeamento de diagnósticos de enfermagem para mulheres idosas no contexto de vulnerabilidade ao HIV/Aids. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 9, n. 4, p. 7364-7374, 2015.

BRASILEIRO, Marislei; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. Representações sociais sobre Aids de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, set./out. 2006.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Ed.). **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 1994.

ESPÍRITO SANTO, C. C.; GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. A espiritualidade de pessoas com HIV/aids: um estudo de

representações sociais. **Rev de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 3, n. 10, p. 15-24, 2013.

FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GARCIA, Giulianna S. et al. Vulnerabilidade dos idosos frente ao HIV/Aids: tendências da produção científica atual no Brasil. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmitidas**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 183-188, 2012.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli et al. As facetas do convívio com HIV: formas de relações sociais e representações sociais da Aids para pessoas soropositivas hospitalizadas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 111-120, 2012.

GURGEL, Sandra Nagaumi et al. Vulnerabilidade do idoso ao HIV: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 8, n. supl. 1, p. 2487-2493, 2014.

HERZLICH, Claudine. Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 57-70, 2005.

LIMA, Renan Santos et al. Os antirretrovirais no cotidiano de idosos soropositivos: um estudo a partir das representações sociais. **Revista Pesquisa: cuidado fundamental**, Rio de Janeiro, v. 2, n. supl., p. 952-955, 2010.

LIMA, Tiago Cristiano; FREITAS, Maria Isabel Pedreira. Caracterização de população com 50 anos ou mais atendida em serviço de referência em HIV/Aids, Brasil. **Revista Ciências Médicas**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 77-86, 2013.

LOPES, Manuel; MENDES, Felismína; MOREIRA, Antônia. **Saúde, educação e representações sociais**: exercícios de diálogo e convergência. Coimbra: FORMASAU, 2009.

MOSCOVICI, Serge. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NAPPER, L. E.; FISHER, D. G.; REYNOLDS, G. L. Development of the Perceived Risk of HIV Scale. **AIDS Behavior**, Cham, v. 16, p. 1075-1083, 2012.

OLIVEIRA, Maria Liz Cunha; PAZ, Leidijany Costa; MELO, Gislane Ferreira. Dez anos de epidemia do HIV-AIDS em maiores de 60 anos no Distrito Federal – Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 30-39, 2013.

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro et al. Life diary instrumental activities evaluation in old people in outskirts in São Luís, Maranhão. **Journal of Management and Primary Health**, Sydney, v. 3, n. 1, p. 43-47, 2012.

OLIVEIRA, Denize Cristina et al. O significado do HIV/aids no processo de envelhecimento. **Revista Enfermagem, UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 353-358, 2011.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

RATINAUD, Pierre; MARCHAND, P. Application de La méthode ALCESTE à de “gros” corpus et stabilité des “mondes lexicaux”: analyse du “Cable-Gate” avec IraMuTeQ. In: JOURNÉES INTERNATIONALES D’ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES TEXTUELLES, 11., 2012. **Actes...** 2012. p. 835-44.

SANTOS, Alessandra Fátima; ASSIS, Mônica. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 147-157, mar. 2011.

SANTOS, Roberto Lopes; VIRTUOSO JÚNIOR, Jair Sindra. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SILVA, Carla Marins; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. Women’s perception about female vulnerability to STD and HIV. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 399-404, 2009.

SILVEIRA, Edilene Aparecida Araújo; CARVALHO, Ana Maria Pimenta. Health care support to patients with AIDS: the convoy model and nursing. **Revista Escola de Enferm. da USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 645-50, 2011.

SOUZA, Sandra Duarte. Aids e religião: apontamentos sobre representações católicas da sexualidade em tempos de aids. **Estudos Teológicos**, São Leopoldo, v. 52, n. 2, p. 333-344, 2012.

TORRES, C. C. et al. Representações sociais do HIV/Aids: buscando os sentidos construídos por idosos. **Revista pesquisa: cuidados fundamentais**, Rio de Janeiro, p. 121-128, dez. 2011. Suplemento.

ULTRAMARI, L. Liliane et al. Perfil clínico e epidemiológico da infecção pelo HIV/aids em idosos. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 13, n. 3, p. 405-412, 2011.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VOGT, Sandra et al. Aids na população acima de cinquenta anos no Rio Grande do Sul. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 7, p. 736-746, 2010. Suplemento 1.

CAPÍTULO 7

A VELHICE NA VISÃO DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DE CIÊNCIAS HUMANAS, CIÊNCIAS DA SAÚDE E CIÊNCIA & TECNOLOGIA DA UFCG¹

ANDRÉ AUGUSTO DINIZ LIRA

LAÍS SANTOS BARBOSA DE SOUZA

EDWIRDE LUIZ SILVA

(Universidade Federal de Campina Grande, Brasil)

INTRODUÇÃO

A velhice é uma temática, uma fase da vida e uma experiência da coletividade que sempre suscitou questionamentos e apreensões das mais distintas no conjunto social. Demarca-se por formas que oscilam em um *continuum* entre o aceitar e o desprezar ou mesmo se supõe situada em lugares extremos que não se comunicariam, em virtude de sua natureza contraditória, positiva ou negativa. Como fenômeno percebido em si e/ou no outro, trata-se de uma experiência de cunho marcadamente do âmbito indivíduo-sociedade, propício, portanto, a investigações da Psicologia Social.

As representações da velhice, assim como da dominação masculina e da loucura, circunscrevem-se, como lembra Arruda (2012), como exemplos típicos de representações hegemônicas, culturais ou transversais por sentidos que se impuseram às

¹ Esta pesquisa foi realizada com o apoio da Unidade Acadêmica de Educação do Centro de Humanidades da UFCG e com o apoio do CNPq, mediante concessão de Bolsa de Iniciação Científica para a segunda autora. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCG (Processo n. 17609113.2.0000.5182).

novas gerações. Essa cristalização de sentidos pode, inclusive, obscurecer a percepção das mudanças sociais, sobretudo as paulatinas e sorrateiras.

Desde o ano de 2008, temos trabalhado em torno de um projeto amplo que abarca uma série de pesquisas transversais com sujeitos em vários níveis educacionais e em diferentes contextos formativos, a fim de apreender as representações sociais da velhice a partir de uma perspectiva comparativa, intergeracional e estrutural. Este capítulo é um recorte de uma das nossas pesquisas e tem como objeto a estrutura da representação social da velhice construída por estudantes universitários de três grandes áreas do conhecimento (Ciências Humanas, Ciência & Tecnologia e Ciências da Saúde), matriculados no *campus* sede da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). A noção de estrutura representacional na qual nos pautamos compreende que esta pode se organizar como conjuntos inter-relacionados de elementos representacionais dispostos em agrupamentos distintos e interdependentes de sentidos (ROAZZI, 1995).

Procuramos, ao longo deste trabalho, evidenciar que, apesar de algumas nuances de sentido diferenciarem os universitários dessas distintas áreas do conhecimento, encontra-se presente uma estrutura representacional comum que organiza os elementos representacionais em torno de três conjuntos de sentidos maiores. A apresentação desta pesquisa nos leva a considerar as implicações conceituais no âmbito da teoria das representações sociais, tendo em vista outras pesquisas por nós desenvolvidas e, por fim, a necessidade de intervenção educacional no âmbito da formação universitária.

METODOLOGIA

De um universo de 4.892 alunos matriculados no *campus* sede da UFCG, que atendiam ao critério de ter cursado no mínimo dois semestres completos, excetuando-se os estudantes de Matemática e Física (vinculados às denominadas Ciências Exatas), participaram da pesquisa 704 sujeitos de 23 cursos (representando 14,39% do universo). Todos os participantes responderam a um questionário. Para duas subamostras, foram aplicados Associação Livre de Palavras (ALP), em 624 sujeitos, e Procedimento de Classificações Múltiplas (PCM), em 140 sujeitos.

Na primeira fase da pesquisa, foram aplicados o questionário e a ALP com a palavra estímulo *velhice*, levantando-se as palavras mais frequentemente evocadas junto a uma subamostra de 251 estudantes de C&T, 225 de Humanidades e 151 de Saúde. A distorção nesses números decorre da desproporcionalidade entre o alunado das grandes áreas de conhecimento na UFCG, sendo a maioria, respectivamente, de C&T e Humanidades. Nosso intuito com a realização da ALP era possibilitar a aplicação do PCM com as palavras (no caso, as categorias semânticas mais frequentes provenientes da análise da ALP) que melhor representassem o pensamento coletivo de cada uma das grandes áreas.

De posse das categorias mais frequentes, foi realizada uma segunda fase da coleta de dados, com o PCM, tendo 50 alunos de C&T, 50 de Ciências Humanas e 40 da área de Saúde. O PCM consiste em uma atividade de classificação proposta pelo pesquisador ao sujeito, que deve agrupar uma série de itens (palavras, fotografias, objetos) por critérios escolhidos por ele mesmo (classificação livre) ou apresentados pelo pesquisador (classificação dirigida). Possibilita captar a estruturação

do pensamento dos sujeitos em mapas que localizam as variáveis estudadas em pontos distintos. Apesar de termos aplicados as duas técnicas do PCM, neste capítulo, iremos nos deter na análise da ALP e do PCM, apenas em uma das modalidades, a da classificação livre.

Na classificação livre, foi solicitado que os participantes formassem, segundo os seus próprios critérios, conjuntos com os cartões disponibilizados, nos quais estavam escritas palavras mais representativas da velhice para seu grupo de pertença (grande área de conhecimento), bem como um cartão com a palavra velhice. Nenhuma limitação foi imposta aos sujeitos quanto ao número de grupos a serem formados, ao número de itens para cada grupo ou, ainda, ao tempo da atividade necessária para realizar a classificação. Ao final das atividades de classificação, solicitamos que os sujeitos justificassem a formação dos grupos.

A análise dos dados das classificações foi realizada através do Escalonamento Multidimensional (Multidimensional Scaling – MDS). O MDS é um tipo de análise multivariada que permite converter distâncias e similaridades de natureza psicológica em distâncias de tipo geométrica (distâncias euclidianas), na configuração de mapas perceptuais, bi ou tridimensionais (ROAZZI, 1995), nos quais as distâncias entre os pontos representam as variáveis estudadas e o relacionamento entre elas (SOUZA; SOUZA; SILVA, 2002).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Quadro 1, a seguir, apresenta os resultados da ALP, enumerando 17 categorias semânticas, a partir da análise das palavras mais evocadas com a palavra estímulo velhice, de cada uma das áreas de conhecimento por frequência e porcentagem. Entre essas, 12 categorias foram comuns às distintas áreas do conhecimento: **Experiência, Sabedoria, Maturidade, Família, Solidão, Morte, Doenças, Saúde, Repouso, Descanso, Cuidado e Aposentadoria**. A maioria dessas categorias se evidencia nos estudos de representações, atitudes, percepções sobre a velhice, o envelhecimento e os idosos no Brasil.

No intuito de melhor compreender as semelhanças e diferenças entre as áreas e as categorias, o Quadro 2 sintetiza as categorias comuns e específicas para cada uma delas.

As categorias peculiares para cada grupo foram: para a área de Humanidades: **Respeito, Fragilidade, Abandono, Conhecimento e Cansaço**; para a área de C&T: **Viagens, Lazer, Felicidade, Estabilidade**; para a área de Saúde: **Idade, Dependência, Tempo e Vida**. A categoria **Tranquilidade** foi comum apenas às áreas de C&T e Ciências da Saúde.

Seq.	Ciências Humanas	n	%	Área C&T	N	%	Ciências da Saúde	n	%
1	Experiência	102	8,95	Experiência	82	6,86	Doenças	58	8,06
2	Doenças	78	6,84	Aposentadoria	76	6,35	Sabedoria	53	7,36
3	Sabedoria	54	4,74	Família	76	6,35	Experiência	52	7,22
4	Descanso	58	5,09	Doenças	69	5,77	Aposentadoria	28	3,89
5	Cuidado	36	3,16	Sabedoria	66	5,52	Família	28	3,89
6	Solidão	33	2,89	Morte	47	3,93	Morte	22	3,06
7	Aposentadoria	33	2,89	Saúde	47	3,93	Descanso	20	2,78
8	Maturidade	29	2,54	Descanso	44	3,68	Cuidado	18	2,50
9	Família	27	2,37	Viagens	33	2,76	Rugas	16	2,22
10	Cansaço	26	2,28	Cuidado	30	2,51	Dependência	15	2,08
11	Respeito	25	2,19	Tranquilidade	27	2,26	Saúde	14	1,94
12	Rugas	23	2,02	Lazer	21	1,76	Idade	13	1,81
13	Fragilidade	23	2,02	Rugas	20	1,67	Vida	12	1,67
14	Abandono	23	2,02	Solidão	18	1,51	Tempo	11	1,53
15	Morte	20	1,75	Felicidade	17	1,42	Maturidade	11	1,53
16	Conhecimento	19	1,67	Estabilidade	17	1,42	Tranquilidade	11	1,53
17	Saúde	19	1,67	Maturidade	16	1,34	Solidão	10	1,39
Totais	Total Parcial	628	55,09	Total Parcial	706	59,03	Total Parcial	392	54,44
	Categ. Freq. < 19	517	44,91	Categ. Freq. < 16	490	40,97	Categ. Freq. < 10	328	45,56
	Total geral	1145	100	Total geral	1196	100	Total geral	720	100

Quadro 1 – Categorias semânticas por áreas de conhecimento, frequência e porcentagem.
Fonte: autoria própria.

Compartilhado por todas as áreas		Específicas por áreas		
		Humanidades	C&T	Saúde
Experiência	Maturidade	Respeito	Viagens	Dependência
Doenças	Saúde	Fragilidade	Lazer	Tempo
Solidão	Família	Abandono	Felicidade	Vida
Descanso	Aposentadoria	Cansaço	Estabilidade	Idade
Cuidado	Morte	Conhecimento		
Sabedoria	Rugas			
Compartilhada por C&T e Saúde				
Tranquilidade				

Quadro 2 – Comparativo das categorias semânticas entre áreas de conhecimento.

Fonte: autoria própria.

A questão que nos colocávamos, até então, na primeira fase da pesquisa era se teríamos diferentes representações sociais em cada uma dessas grandes áreas ou apenas arranjos diferentes de uma mesma representação, principalmente porque tínhamos um conjunto de categorias semânticas bastante peculiares na área de C&T, apontando para sentidos muito próximos (**Viagens, Lazer, Felicidade, Estabilidade**). Esse conjunto de categorias sinaliza por si mesmo para uma compreensão mais positiva da velhice, a partir de uma compreensão de velhice bem-sucedida. Estaríamos aqui diante de uma representação de velhice estruturalmente diferente para os estudantes de C&T? Os conteúdos representacionais articulariam outra representação? Essas questões nos dirigem para o Procedimento de Classificações Múltiplas.

Com a utilização do PCM, verificamos que a configuração da representação social da velhice nas três grandes áreas do

conhecimento se assemelha bastante. Isso pode ser verificado através da regionalização dos pontos em cada um dos gráficos do PCM, na modalidade livre, em cada grande área do conhecimento. Ao recorrer à teoria das facetas, é possível vislumbrar três conjuntos de pontos que se distribuem diferentemente em três regiões dos mapas. Para melhor visualização, dividimos os gráficos bidimensionais por regiões separadas por linhas (Gráficos 1 e 2) ou arcos de parábola (Gráfico 3). Emergem, dessa análise, três facetas comuns da representação social de velhice: a) **ganhos cognitivos**; b) **vínculos familiares e benefícios** e c) **perdas**.

Essa estrutura representacional aponta para a cristalização de sentidos em uma dimensão social mais ampla, posto que também observamos uma estrutura similar entre estudantes do Ensino Médio (LIRA et al., 2014) em um comparativo entre a rede pública e a particular de ensino, na mesma região investigada, em Campina Grande/PB. Ao mesmo tempo, essa representação é extremamente dinâmica, pois há também variações de sentido em cada uma dessas facetas dos universitários, a depender das áreas do conhecimento, como veremos adiante.

Em todas as configurações apresentadas nos gráficos, é possível observar elementos mais à esquerda relacionados às **perdas** e elementos mais à direita associados aos **ganhos e benefícios** da velhice, apontados pelos sujeitos como a “parte boa” ou os “aspectos positivos” da velhice. Poderíamos até considerar que, nessa região mais à direita dos gráficos, teríamos juntamente ganhos e benefícios da velhice. Porém, a forma como os sujeitos classificavam e justificavam os elementos representacionais nos fizeram identificar como duas facetas distintas: a faceta **ganhos cognitivos** e a faceta **vínculos familiares e benefícios**.

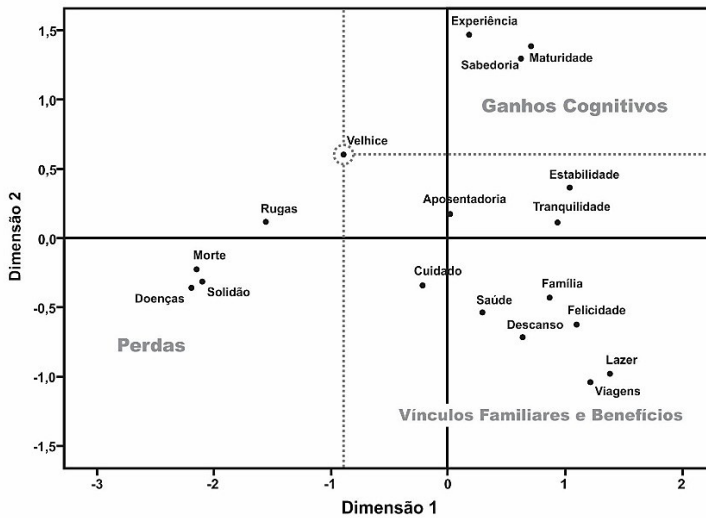


Gráfico 1 – Resultado do PCM dos graduandos de C&T.

Fonte: autoria própria.

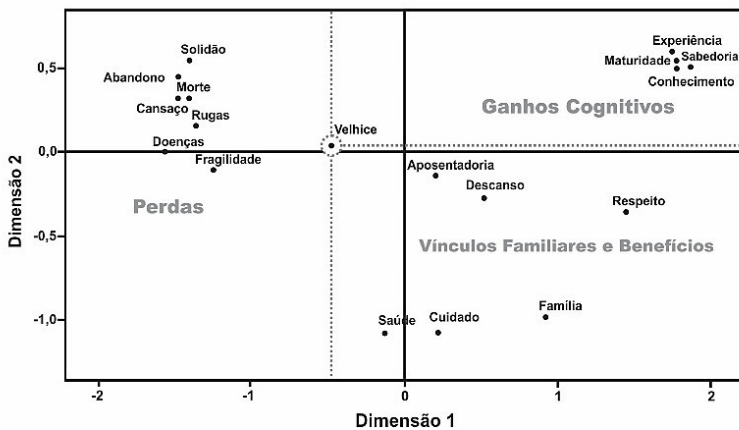


Gráfico 2 – Resultado do PCM dos graduandos de Ciências Humanas.

Fonte: autoria própria.

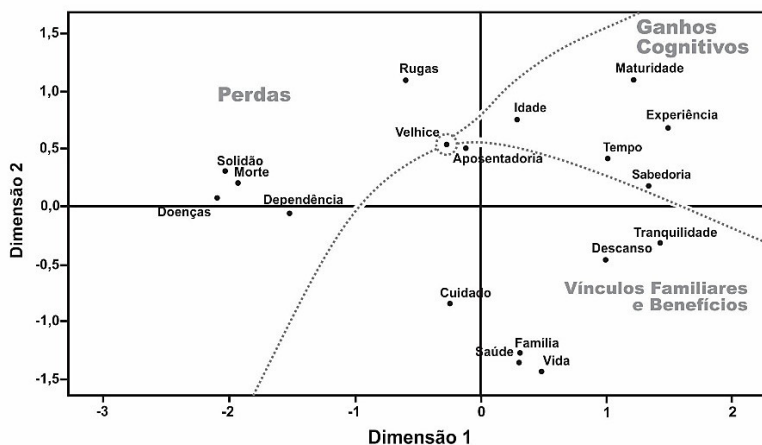


Gráfico 3 – Resultado do PCM dos graduandos de Ciências da Saúde.

Fonte: autoria própria.

Um conjunto de elementos que aparecem na mesma região dos gráficos associam a velhice aos **ganhos cognitivos**. Os elementos que parecem dar sustentação a essa faceta são **experiência, maturidade e sabedoria**, pois estão presentes no discurso dos sujeitos de todas as áreas do conhecimento. Em relação às peculiaridades de cada área, salientamos que, para os estudantes de Ciências Humanas, a maioria dos quais licenciandos, acrescenta-se a categoria **conhecimento**, enquanto estudantes de Ciências da Saúde (Medicina, Psicologia e Enfermagem), **tempo e idade**, em uma perspectiva mais cronológica e “etapista” da vida.

Segundo Neri (2007), a caracterização de velhice vinculada à **sabedoria** pode ser considerada um exemplo de **preconceito positivo**. Essa autora, em uma pesquisa de âmbito nacional, observou uma ampla concordância desse juízo valorativo na população, entre os não idosos (96%) e os idosos (95%). Verificou, ainda, que a maioria dos idosos (58%) e dos não idosos (54%)

também associa a velhice à desatualização, acreditando que nessa fase há uma dificuldade de acompanhar as mudanças no mundo moderno, além do que outras pesquisas indicam prever a opinião dos mais jovens nas decisões familiares. Acerca disso, ainda vale uma ressalva: a partir do discurso que emergiu nas atividades classificatórias do PCM, notamos que essa faceta não apontava para estados do ser (**a sabedoria, a experiência, a maturidade**), como se naturalizados ou tipificando os idosos, mas se destacavam os ganhos no movimento do se tornar idoso, havendo assim a compreensão de um desenvolvimento na velhice articulado diretamente à experiência de vida, aos erros e acertos e às aprendizagens decorrentes.

Outro grupo de elementos que se aproximam nas mesmas regiões, nos gráficos, conjuntamente, aponta para os **vínculos familiares** e os **benefícios** da velhice. Estão presentes, nessa faceta, em todas as áreas do conhecimento, os elementos: **descanso, saúde, cuidado, família e aposentadoria**. A partir do discurso dos sujeitos, é possível considerar que haja a incorporação de uma condição para o **envelhecimento bem-sucedido**: o contexto familiar e também os benefícios sociais adquiridos nessa fase.

A representação dos universitários em relação à vida social dos idosos e aos vínculos que eles estabelecem nos indicam a valorização da família como o principal ambiente de convívio e relação interpessoal nesse período. Para os sujeitos, por um lado, a família é condição para se obter uma qualidade de vida maior e promover benefícios, como cuidado e saúde, sendo o lugar de segurança para o idoso. Por outro lado, a **família** também foi apontada como contexto para a possibilidade de emergência de conflito, de abandono e de negligência, inclusive na denúncia do uso e abuso da aposentadoria dos idosos.

Sabemos que outras realidades em relação aos vínculos estabelecidos pelos idosos são vivenciadas, não se limitando aos familiares. De acordo com Veloz, Nascimento- Schulze e Camargo (1999, p. 6),

[...] estão se abrindo outros espaços para que diversas experiências de envelhecimento bem-sucedidas possam ser vividas coletivamente. Por exemplo, os grupos de convivência de idosos e as universidades da terceira idade, entre outras.

No entanto, salientamos que, para esses sujeitos, a velhice está ainda muito associada ao vínculo familiar. Podemos perceber, inclusive, nos gráficos, que os elementos representacionais **saúde**, **cuidado** e **família** aparecem juntos em uma região muito próxima. Para os estudantes universitários da área de saúde, os elementos **família** e **cuidado** aparecem mais próximos ainda, indicando, portanto, uma maior proximidade do ponto de vista representacional. A família, certamente, na perspectiva dos participantes da pesquisa, é o ancoradouro da saúde e da proteção do idoso.

Vale salientar ainda que, enquanto o elemento representacional **saúde** se evidenciou no alunado universitário nas três distintas áreas de conhecimento, na análise comparativa entre estudantes de Ensino Médio supracitada (LIRA et al., 2014), ele apenas se destacou na representação da velhice do alunado da rede particular, mas não da rede pública. Inferimos que a pirâmide educacional, o sistema educativo seletivo e legitimador das diferenças de classe e as diferenças nos contextos sociais e formativos (alunos de escola pública X privada) respondem, em parte, essa presença-ausência desse elemento representacional

nos diferentes grupos investigados. É importante observar que os universitários ainda são provenientes de uma faixa populacional muito seleta, apesar dos esforços para a ampliação da Educação Superior. Diante disso, a velhice para os grupos mais privilegiados pode se apresentar com muito mais probabilidade de ocorrência no quadro de uma velhice bem-sucedida.

Ao estudarem as representações sociais de felicidade entre idosos na zona urbana de Campinas/SP, Camargo et al. (2011, p. 247) observaram mediante uma análise hierárquica descendente de dados verbais, por meio do ALCESTE, que 46% das respostas de duas classes, as mais representativas da amostra, apontaram para a felicidade na velhice associada ao bem-estar social e familiar (relacionada aos idosos com mais anos de estudo) e à saúde (ligada ao Índice de Vulnerabilidade Social Médio). Essa pesquisa tinha como enfoque a felicidade na velhice e não a velhice em si, como no caso deste estudo. De todo modo, corrobora o quadro geral do que expomos aqui a respeito da importância da família, da manutenção de bons vínculos afetivos e da saúde para o idoso, provavelmente como um conjunto de representações associadas.

Nessa faceta, a aposentadoria não foi percebida em uma abordagem negativa, segundo os participantes da pesquisa. Para os estudantes de C&T, inclusive, a aposentadoria é representada como uma oportunidade para usufruto do dinheiro, para poder viajar, e como a decorrência para a estabilidade financeira almejada. Destaca-se, então, a visão positiva com categorias semânticas bem demarcadas, como **lazer**, **felicidade**, **viagens** e **estabilidade**. Os alunos de Ciências Humanas incluem o **respeito** e os de Ciências da Saúde acrescentam **vida**.

No geral, podemos vislumbrar que essas facetas apontam para uma visão mais positiva da velhice, correspondendo a um

processo de mudanças representacionais, sendo vista como uma fase que envolve não apenas perdas, mas também ganhos e benefícios. O conceito recente de **envelhecimento bem-sucedido** surge de modo a contribuir com o olhar mais positivo em relação a essa fase, inclusive no sentido de que

o importante é fazer sempre nossos projetos aproveitando os ganhos, sem esquecermos que, às vezes, as perdas nos levam a reflexões e a reformulações desses mesmos projetos (RODRIGUES; RAUTH; TERRA, 2010, p. 75).

Os sujeitos, em nossa hipótese, conseguem aprender essa noção de **envelhecimento bem-sucedido** e são conscientes de que essa não seja a realidade para todos os que envelhecem. Há também uma compreensão de que a velhice não é homogênea, existindo diferentes formas de envelhecer, saudáveis ou não.

Essa visão mais positiva da velhice vem sendo fortalecida com imagens diferentes e mais positivas, nas últimas décadas, a considerar os avanços na área da saúde do idoso, as políticas públicas e a mídia na possibilidade de releituras da imagem do idoso, ou seja, tendo consequências na construção dessa representação social.

[...] criaram-se novos padrões e expectativas do que é ser velho. O velho de hoje não segue mais o modelo de seus pais e avós e se descreve como satisfeito com a vida. Isso é positivo para a construção social da velhice, porque sinaliza para a sociedade que há outras formas de envelhecer mais positivas do que as de antigamente (NERI, 2007, p. 40).

Sob outra perspectiva, um conjunto de elementos, nos gráficos, sinaliza para as **perdas**, sendo essa outra faceta constituidora da representação social de velhice. Em geral, ela era explicitada pelos sujeitos como a “parte ruim” ou os “aspectos negativos” no momento da explicação dos critérios para a composição dos grupos de palavras do PCM. Alguns poucos, ao final do arranjo desses itens do PCM, afirmavam “isso é natural”, “é o processo que todos irão passar”, referindo-se, sobretudo, no discurso, às perdas físicas dentro do processo de desenvolvimento humano.

Os elementos representacionais que são comuns às três grandes áreas, na faceta **perdas**, são: **morte, doenças, solidão e rugas**. Para os estudantes de Ciências da Saúde, destaca-se também o elemento **dependência** e para os estudantes de Ciências Humanas acrescentam-se: **abandono, cansaço e fragilidade**.

Desde as décadas precedentes, várias pesquisas sinalizaram para os aspectos negativos associados à velhice, no seio da sociedade, e as mudanças em curso dessa interpretação. Essas pesquisas apontaram para a ideia da velhice associada à figura de uma pessoa decadente, necessitada e dependente, tendo implicações na estruturação da sua identidade (ALMEIDA; CUNHA, 2003; DEBERT, 2004; MORAES; BARROS, 1998). Vale salientar que, até entre os próprios idosos, foram observadas representações estigmatizantes, pois

no Brasil existem pesquisas que mostram como os próprios idosos simplificam o envelhecimento humano, exclusivamente a partir das perdas, representando o processo com predisposições desfavoráveis, estereótipos negativos e preconceitos (VELOZ; NASCIMENTO-SCHULZE; CAMARGO, 1999, p. 5).

Essa cristalização de sentidos estigmatizantes e, ao mesmo tempo, as mudanças em curso ainda são contempladas em pesquisas mais recentes entre idosos e não idosos (D'ALBUQUERQUE, 2011; FREITAS; FERREIRA, 2013; PEREIRA; FREITAS; FERREIRA, 2014; VIEIRA et al., 2012). Os resultados desta pesquisa, tendo por base o PCM com a classificação dirigida, aqui não discutido, apontam para uma mudança substancial entre os universitários no sentido de valorizarem mais os aspectos positivos da velhice e a heterogeneidade do envelhecer em detrimento dos aspectos negativos. Trata-se de um achado animador, posto que a velhice bem-sucedida começa a suplantiar em termos representacionais a dimensão negativa da velhice, inclusive a patológica, considerando-se o discurso desses universitários.

IMPLICAÇÕES CONCEITUAIS QUE EMERGEM DESTA PESQUISA E OUTROS ANTECEDENTES

Gostaríamos, por fim, de enumerar alguns pontos que emergiram do desenvolvimento desta pesquisa e de outras anteriores (LIRA et al., 2014), os quais deverão ser posteriormente aprofundadas no tocante às implicações conceituais para a Teoria das Representações Sociais.

Ao considerar o comparativo que realizamos entre os estudantes do Ensino Médio da escola pública e privada e esta pesquisa, é possível vislumbrar uma estrutura representacional muito similar em todos os grupos investigados. A velhice se estrutura em elementos vinculados a: 1) ganhos cognitivos; 2) benefícios e vínculos afetivos (que, nesta pesquisa, especificaram-se melhor como **vínculos familiares**); 3) perdas. Ressaltamos que esses

benefícios estão conjugados aos vínculos afetivos. Para os universitários de C&T, são também produtos de uma projeção futura de uma velhice bem-sucedida financeiramente para si mesmos.

Acreditamos que seja necessária uma nova conceituação para compreendermos esse tipo de representação que ora expomos. Preferimos chamar de “macro representações”, entendidas como representações sociais demarcadas por uma estrutura similar em distintos grupos, com conteúdos representacionais relativamente semelhantes, em torno de elementos-base, suplantando as nuances de sentido particulares. Destacamos que as pesquisas precedentes, com estudantes secundaristas da rede particular e pública de ensino, bem como esta, com universitários da UFCG, de diversas áreas de conhecimento (C&T, Humanas e Saúde), sinalizaram para essas regularidades que sustentam as nossas hipóteses, aqui brevemente enunciadas.

Essa estrutura é composta de elementos-base que agregam outros (elementos- agregados) e que dão visibilidade melhor às identidades dos grupos. Não obstante, essas nuances de sentido, aqui discutidas, não foram responsáveis pela estruturação de uma nova representação. Os novos elementos foram articulados aos elementos-base.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A leitura comparativa das representações sociais da velhice, em uma dimensão transversal do desenvolvimento, é uma das nossas tarefas. Esta pesquisa nos possibilitou perceber como a velhice vem sendo socialmente construída entre os universitários, a partir da incorporação paulatina de sentidos representacionais mais positivos sobre essa fase da vida humana

em uma determinada estrutura representacional. Contudo, a estruturação encontrada não se restringe aos universitários, como vimos anteriormente. Isso nos levou a uma proposta de conceitos e terminologias mais específicas para lidar com esses achados da pesquisa.

Comparando os universitários das três áreas do conhecimento, surgem as peculiaridades como sinalizadores dos lugares sociais nos quais os grupos estão inseridos, possivelmente espelhando o envelhecimento que contemplam no seu cotidiano e que são forjados na sua vivência formativa. Entre as funções das representações sociais, está a função identitária (ABRIC, 1998), permitindo salvaguardar as especificidades dos grupos e legitimando os processos de comparação social. A velhice se vincula a aspectos mais crítico-sociais para os estudantes de Ciências Humanas, mais relacionados ao aproveitar futuramente a velhice para os estudantes de C&T, em uma dimensão mais prospectiva e projetiva no que valorizam, mais ligados aos aspectos cronológicos e ao cuidado-familiar, para os estudantes de Saúde.

Como afirma Morin (2000), pontos de vista são também pontos de cegueira. A universidade tem o seu papel na (re) configuração dessas representações sociais. Para os estudantes de Humanidades, faz-se mister destacar aspectos da velhice bem-sucedida, enfatizando-se os ganhos sociais e físicos (corporais, propriamente ditos) dos quais a população tem, nas últimas décadas, se beneficiado. Para os estudantes da Saúde, é necessário investir em questões mais amplas de cunho político e administrativo, inclusive relativas à gestão em saúde para as idades da vida. Para os estudantes de C&T, é preciso rever a dimensão muito pessoal e individual da velhice, a fim de construir uma visão prospectiva para parcelas mais amplas da população, fazendo-se necessário lutar por esses ganhos sociais.

As velhices são múltiplas, heterogêneas, singulares, mas também, como vimos, há cristalização de sentidos, que dão significado e amarram o presente à história social. É necessário, no entanto, trazer à baila os impactos dessas mudanças para parcelas maiores da população. Os universitários, assim como estudantes do Ensino Médio, têm sinalizado paulatinamente para a compreensão da possibilidade de uma velhice bem-sucedida.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. Abordagem Estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998. p. 27-38.
- ALMEIDA, A. M.; CUNHA, G. G. Representações sociais do desenvolvimento humano. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 147-155, 2003.
- ARRUDA, A. Envelhecer: uma novidade? In: TURA, L. F. R.; SILVA, A. O. (Org.). **Envelhecimento e Representações sociais**. Rio de Janeiro: Quartet: Faperj, 2012. p. 37-316.
- CAMARGO, B. V. et al. Representações de felicidade. In: NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E. (Org.). **Fragilidade, Saúde e Bem-Estar em Idosos: dados do estudo FIBRA** Campinas. Campinas: Alínia, 2011. p. 239-256.
- D'ALBUQUERQUE, J. B. **Metáforas conceituais da velhice em textos produzidos por alunos (as) no PSS/2007 da UFPB**. João Pessoa: Sal da Terra, 2011.
- DEBERT, G. G. A. **Reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização e envelhecimento**. São Paulo: EDUSP, 2004.
- FREITAS, M. C.; FERREIRA, M. A. Vejez y persona anciana: representaciones de adolescentes escolares. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, maio/jun. 2013.

LIRA, A. A. D. et al. A velhice na perspectiva do alunado do ensino médio: um estudo comparativo entre a rede pública e particular de ensino. In: LIRA, A. A. D.; MIRANDA, M. M.; BRITO, S. M. O. (Org.). **Revisitando o diálogo em representações sociais e educação**. Campina Grande: EDUEFG, 2014. p. 257-284.

MORAES, M.; BARROS, L. (Org.). **Velhice ou Terceira Idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

MORIN, E. **Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2000.

NERI, A. L. Atitudes e preconceitos em relação à velhice. In: NERI, A. L. (Org.). **Idosos no Brasil**: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Perseu Abramo, SESC, 2007. p. 33-46.

PEREIRA, R. F.; FREITAS, M. C.; FERREIRA, M. A. Velhice para os adolescentes: abordagem das representações sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 4, p. 601-609, ago. 2014.

ROAZZI, A. Categorização, formação de conceitos e processos de construção do mundo: procedimento de classificações múltiplas para o estudo de sistemas conceituais e sua forma de análise através de métodos multidimensionais. **Cadernos de Psicologia**, v. 1, p. 1-27, 1995.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J.; TERRA, N. L. **Gerontologia social**: para leigos. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

SOUZA, F. M. C.; SOUZA, B. C.; SILVA, A. S. **Elementos da Pesquisa Científica em Medicina**: estatística e metodologia científica para profissionais de Saúde. Recife: UFPE, 2002.

VELOZ, M. C. T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 479-501, 1999.

VIEIRA, K. F. L. et al. Representações sociais da qualidade de vida na velhice. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 540-551, 2012.

CAPÍTULO 8

INVECCHIARE LAVORANDO. VERSO UNA RAPPRESENTAZIONE SOCIALE DELL'INVECCHIAMENTO TRA ESPERIENZA E LOGORIO

ENRICO MARCOLUNGO

DIEGO ROMAIOLI

ALBERTA CONTARELLO

(Università di Padova, Italia)

INVECCHIAMENTO E MONDO DEL LAVORO

Tra gli anni Cinquanta e Settanta del secolo scorso, la popolazione mondiale è stata interessata da un processo di convergenza verso minori livelli di fecondità e maggiori livelli di longevità, producendo due conseguenze: il rallentamento nella crescita della popolazione mondiale e il suo progressivo invecchiamento (ONU, 2009). Questa modificazione della struttura e della composizione della piramide d'età fa emergere il tema dell'invecchiamento della popolazione come una delle priorità a livello globale, tanto da giustificare l'uso dell'espressione *ageing society* per designare l'intera società contemporanea e la sua tendenza all'invecchiamento demografico. Se i dati forniti, riferiti alla popolazione mondiale considerata nel suo insieme, delineano un fenomeno di importanza centrale per le sue proporzioni e implicazioni su molteplici piani, i dati riferiti all'Europa, Italia *in primis*, risultano ancora più allarmanti, ponendo il tema dell'invecchiamento – e di nuovi equilibri sostenibili nei rapporti tra le generazioni – come una sfida per le agende politiche che travalica decisamente i confini nazionali. Ciò in ragione del principale effetto che l'invecchiamento provocherà, ossia il *disequilibrio tra componenti attive* – ovvero individui in grado

di contribuire al mantenimento degli istituti di welfare – e *componenti inattive* della popolazione, di volume crescente sia in termini assoluti che relativi (MARCALETTI, 2012).

A fronte di questo, aumentare qualità e quantità della partecipazione dei lavoratori maturi si pone come tema centrale. La Commissione europea ha ribadito che l'allungamento della vita media è accompagnato sempre più dalla continua crescita della speranza di vita in buona salute. Tuttavia, non basta un prolungamento della vita in buona salute per una partecipazione attiva di qualità da parte dei lavoratori più anziani. Perché si realizzi un invecchiamento attivo di successo questo deve passare per un rinnovamento di tipo culturale, inteso, prima di tutto, come ripensamento del concetto di *età* e di *invecchiamento* – sul lavoro e non solo – all'interno di una più ampia valorizzazione delle differenze generazionali viste come risorse.

Le condizioni che hanno svantaggiato negli anni i lavoratori più anziani sembrano essere sia di tipo strutturale – riguardanti cambiamenti radicali nel modello produttivo e nelle politiche economiche, (che hanno portato anche a ingiunzioni paradossali: da un lato abbandonare precocemente il mercato del lavoro per lasciare il loro posto ai giovani, dall'altro rimanere nell'occupazione il più a lungo possibile per preservare l'equilibrio finanziario dei sistemi previdenziali) – sia di tipo culturale – sotto forma di negative o parziali rappresentazioni diffuse circa i lavoratori più anziani e il processo di invecchiamento – con inevitabili conseguenze sul piano delle strategie e delle prassi di gestione delle risorse umane nei contesti organizzativi. Secondo quanto riportato dall'OCSE, sono diffusi atteggiamenti negativi verso i lavoratori più anziani, spesso considerati dai datori di lavoro come meno produttivi dei più giovani, meno adattabili e

più resistenti al cambiamento. Secondo alcuni autori (DI MAURO, 2010; MOLINA, 2000), risultano anche diffuse forme di discriminazione legate all'*ageing* e al pregiudizio del giovanilismo, ossia a credenze e stereotipi positivi riguardo i lavoratori più giovani e negativi in merito ai lavoratori più anziani, questi ultimi visti come soggetti con capacità produttive non compatibili con le attuali esigenze di produttività, flessibilità e adattabilità dell'organizzazione produttiva.

In virtù di questo si rendono necessari sforzi per promuovere una *cultura* volta a decostruire pregiudizi e rappresentazioni limitative legate all'età delle persone al lavoro, così come per rafforzare pratiche di apprendimento lungo tutto il corso della vita. Coniugare condizioni ambientali, contrattuali e *culturali* – nel triplice senso di riduzione dei pregiudizi, offerta di opportunità di formazione continua e di appropriazione di una visione di sé come *life long learner* – costituirà una delle sfide chiave su cui si misureranno la competitività dei sistemi produttivi e la sostenibilità dei sistemi di welfare dei Paesi più sviluppati nel prossimo futuro (MOLINA, 2000).

RAPPRESENTAZIONI SOCIALI E INVECCHIAMENTO

Le ricerche condotte nella prospettiva delle rappresentazioni sociali (RS) sul tema dell'invecchiamento non sembrano essersi interessate in modo specifico all'invecchiamento sul lavoro, avendo spesso come prospettiva di interesse quella dell'arco di vita, ma non specificamente dell'arco di vita *lavorativa*. Tra queste, le principali ricerche sulle RS dell'anziano, della vecchiaia e dell'invecchiamento fanno emergere una rappresentazione complessa, formata da elementi sia positivi che negativi. Come già notava

Simone de Beauvoir (1970), sembrano emergere due prospettive: “da dentro”, ovvero l’invecchiamento e la vecchiaia nei vissuti dei protagonisti – gli anziani e “da fuori”, cioè l’invecchiamento e la vecchiaia per come si presentano agli altri (JODELET, 2009). Quanto più il posizionamento rispetto all’invecchiamento è esterno (CONTARELLO et al., 2012), tanto più l’invecchiamento appare buio e minaccioso, caratterizzato da perdite dolorose, principalmente in termini di attività fisiche – e sessuali, soprattutto negli uomini – e di vita emozionale – con aspetti di vuoto, rimpianto e malinconia, soprattutto nelle donne. Secondo un posizionamento interno, invece, si può notare come man mano ci si avvicini verso l’età che caratterizza i “grandi vecchi”, vi sia un rovesciamento di priorità, ove, senza negare limitazioni e rallentamenti, emergono riferimenti ad aspetti di progettualità e di realizzazione (LALIVE D’EPINAY; CAVALLI, 2013).

LA TEORIA DI RIFERIMENTO

La teoria delle rappresentazioni sociali si propone di descrivere e spiegare i modi in cui la conoscenza viene rappresentata in un dato contesto sociale e condivisa dagli individui che ne fanno parte, costruendo uno spazio comune di significati, prese di posizione, credenze e aspettative reciproche che regolano i rapporti sociali (MOSCOVICI, 1961/1976). La natura delle rappresentazioni sociali è essenzialmente pragmatica in quanto “orientano e organizzano i comportamenti e le comunicazioni sociali” (JODELET, 1989, p. 48), fornendo una “griglia di lettura e di decodifica della realtà [che permette] l’anticipazione degli atti e delle condotte – di se stessi e degli altri – e l’interpretazione della situazione in un senso prestabilito” (ABRIC, 1984; trad.

it. 1989, p. 206). Esse preparano dunque all'azione non soltanto nella misura in cui guidano il comportamento, ma soprattutto in quanto modellano e ricostruiscono gli elementi dell'ambiente in cui il comportamento si realizza.

A partire dagli sforzi teorici e di ricerca di Moscovici per l'elaborazione della prospettiva delle RS, si sono sviluppati fin dall'inizio degli anni Ottanta del secolo scorso diversi filoni di ricerche. Tra questi, in particolare saranno considerati nel presente lavoro:

a) l'approccio *strutturale* del gruppo di ricercatori di Aix-en-Provence fondato sulla *teoria del nucleo centrale* di Jean-Claude Abric (1976); b) l'approccio *genetico* del gruppo di ricercatori di Ginevra basato sul concetto di RS come *principio organizzatore di prese di posizione* proposto da Willem Doise (1986).

E' inusuale accostare nello stesso studio due tradizioni di ricerca considerate distinte e divergenti all'interno delle RS. Tuttavia questa opzione pragmatica permette di meglio esplorare ed enucleare la struttura della rappresentazione (CONTARELLO et al., 2009). Inoltre, il dibattito sulla similitudine (proprio fondata sugli aspetti strutturali) o alterità (tra struttura e dinamica) delle due prospettive è attualmente aperto e ci consente di proporre il presente esercizio di ricerca (ABRIC; TAFANI, 2009; EMILIANI; PALMONARI, 2009).

DOMANDE DI RICERCA

Lo studio qui presentato riguarda l'indagine delle RS dell'invecchiamento sul lavoro. La domanda di ricerca a cui si è cercato di rispondere è stata: Esiste una rappresentazione sociale dell'invecchiamento in ambito lavorativo? Se esiste,

come viene rappresentato questo fenomeno da parte di lavoratori aventi genere, età e caratteristiche socio-psicologiche e professionali diverse?

L'indagine, dunque, si propone come un contributo all'approfondimento di eventuali specificità che la contestualizzazione all'ambito lavorativo del fenomeno dell'invecchiamento può comportare.

PARTECIPANTI

I partecipanti alla ricerca sono complessivamente 108 e provengono da dieci diverse realtà lavorative prevalentemente dislocate nella provincia di Verona, nell'Italia del Nord-Est. Riguardo alla variabile *genere*, vi è una netta maggioranza di partecipanti donne (81,73%) a fronte di soli 30 (27%) rispondenti uomini. In merito alla variabile *età*, invece, si è proceduto con una suddivisione in tre fasce principali: 1) fino a 34 anni; 2) da 35 a 49 anni; 3) 50 anni e oltre. La prima fascia è costituita da 26 lavoratori (23,4% dei partecipanti) aventi un'età media di 28,2 anni; la seconda fascia di età è composta da 47 lavoratori (43,3%) con un'età media di 42,2 anni. Nell'ultima fascia di età, infine, si collocano 38 lavoratori (34,5%), con età media di 55,5 anni.

METODO

Si è proceduto alla costruzione di uno strumento carta-matita contenente un compito di evocazione rispetto all'espressione "invecchiamento sul lavoro". Questo compito prevede una prima fase di *associazioni libere* a partire da una

parola stimolo, allo scopo di individuare il contenuto della rappresentazione ed esplicitarne gli elementi impliciti. Al rispondente viene chiesto di riportare – nell'ordine in cui vengono in mente sostantivi, aggettivi, verbi o espressioni associate al termine stimolo. Successivamente viene chiesto di descrivere brevemente cosa intenda con ciascuna parola associata e di indicare (tramite “+”, “-” e “0”) se una data parola associata abbia, in quel contesto, un significato positivo, negativo o neutro. La fase successiva prevede la gerarchizzazione delle risposte date in funzione dell'importanza accordata dal rispondente a ciascuna parola associata, con l'obiettivo di individuare l'organizzazione della RS e identificarne il nucleo centrale. Ai partecipanti viene dunque chiesto di ordinare le parole per grado di importanza assegnando un numero progressivo per ogni parola associata.

Erano anche incluse nel questionario alcune scale tipo Likert volte a misurare variabili psicosociali quali l'identificazione con il proprio gruppo di età/generazione e l'importanza attribuita all'età/anzianità lavorativa (di cui si sono misurate media e mediana e, con un *median split*, i partecipanti con alti e bassi valori).

Il materiale testuale è stato pretrattato in modo da ridurre la dispersione di frequenze dovuta all'uso di termini diversi ma semanticamente affini e sottoposto a taglio di soglia per eliminare le parole dette una sola volta. Il corpus è stato quindi analizzato attraverso un'analisi dei vocabolari specifici e un'analisi delle corrispondenze lessicali mediante il software SPAD. Per l'individuazione di nucleo e periferia della rappresentazione si è utilizzato il software EVOC 2000.

ANALISI DEL CONTENUTO E DEL CAMPO DELLA RAPPRESENTAZIONE

In generale, tra i termini maggiormente evocati sono emersi, nell'ordine: *stanchezza* (sia fisica che mentale), *esperienza*, *staticità* (intesa sia come stasi, che come chiusura al nuovo, rigidità), *stress-logorio*, *capacità* (intesa come insieme di competenze e abilità professionali), *malattia*, *saggezza*, *noia*, *poca pazienza*, *demotivazione*, *conoscenza*. Da un primo sguardo si può dedurre come, tra gli elementi più citati, vi sia la compresenza di elementi positivi e negativi, con una prevalenza di questi ultimi.

Attraverso un'analisi delle specificità sono stati confrontati tra loro i vocabolari utilizzati da gruppi di età diverse. Nel pensare all'invecchiamento sul lavoro i più giovani fanno riferimento in modo prevalente rispetto agli altri gruppi alla *carriera* e all'*aspetto fisico* (inteso come modificazioni esteriori del corpo). Inoltre, sono gli unici a parlare di *risparmi* (intesi come difficoltà in prospettiva a mettere da parte dei soldi). I lavoratori tra i 35 e i 49 anni, invece, fanno riferimento alla *staticità* (intesa come chiusura al nuovo, rigidità, attaccamento alle abitudini), mentre sono gli unici a parlare di *senso di superiorità* (da parte dei lavoratori più anziani). Il gruppo dei lavoratori senior evoca parole quali *appagamento* (inteso come senso di soddisfazione per quello che si è ottenuto e si fa), *aria* (senso di asfissia e bisogno di più tempo per prendere ossigeno dal lavoro), *disponibilità*. Fanno inoltre riferimento in modo esclusivo al *riposo* (anche in relazione al pensionamento).

Al fine di individuare i principi organizzatori del campo semantico della RS, ovvero i fattori latenti lungo i quali si articola la rete di significati della rappresentazione, si è proceduto con un'analisi delle corrispondenze lessicali. Con l'obiettivo di individuare eventuali ancoraggi sociologici, socio-psicologici

e psicologici, si sono considerate le seguenti variabili: genere, gruppo di età, identificazione con il proprio gruppo di età/generazione, importanza attribuita all'età/anzianità lavorativa.

L'analisi delle corrispondenze ci ha permesso di individuare tre fattori principali. Ci soffermeremo in particolare sul primo, qui riassunto in Tabella 1, contenente in grassetto le parole con contributo significativo alla costruzione del fattore, in corsivo i gruppi di partecipanti cui si possono ricondurre le parole riportate. Il fattore vede contrapposte da una parte le donne, i lavoratori over 50, i lavoratori che si identificano meno con il proprio gruppo di età e coloro che ritengono molto importante l'età/anzianità lavorativa, e dall'altra parte gli uomini, i lavoratori più giovani, coloro che si identificano maggiormente con il proprio gruppo di età e i lavoratori che ritengono l'età/anzianità lavorativa poco importante. Al primo polo si condivide il bisogno di maggiore tempo al di fuori del lavoro (*aria e tempo*), che viene visto come usurante e causa di ansia e frustrazione, dovute sia a ritmi sempre più difficili da sostenere invecchiando, sia al fatto di rimanere per anni nello stesso posto di lavoro (*stress-logorio*). L'invecchiamento sul lavoro sembra inoltre accompagnato da un rallentamento generale – sia fisico che cognitivo – e da un calo di energie (*lentezza*).

Al secondo polo, invece, risulta più importante la possibilità di acquisire maggiori conoscenze e abilità (*capacità ed esperienza*). Viene associato all'invecchiamento un aumento del proprio senso di responsabilità (*responsabilità*) e condivisa la spinta a trovare nuovi stimoli e motivazioni (*passione-entusiasmo*).

Tabella 1 – Primo fattore relativo all'invecchiamento sul lavoro (inerzia spiegata = 4.90%).

- APPESANTIMENTO E BISOGNO DI STACCARE	C.A.	C.R.	+ PIACERE DI FARE E ACQUISIZIONE ATTIVA	C.A.	C.R.
Aria	68.0	0.86	Responsabilità	0.8	0.02
Tempo	13.1	0.53	Capacità	0.7	0.02
Lentezza	7.7	0.34	Esperienza	0.4	0.02
Stress-Logorio	2.5	0.09	Passione-Entusiasmo	0.4	0.01
<i>Donne</i>			<i>Uomini</i>		
<i>Lavoratori over 50</i>			<i>Lavoratori < 35</i>		
<i>Bassa identificazione gruppo età</i>			<i>Alta identificazione gruppo età</i>		
<i>Età/anzianità lavorativa molto importante</i>			<i>Età/anzianità lavorativa poco importante</i>		

Fonte: autoria própria.

ANALISI DEL NUCLEO E DELLA PERIFERIA DELLA RAPPRESENTAZIONE

Con l'obiettivo di approfondire la struttura della RS dell'invecchiamento sul lavoro, si è condotta un'analisi rivolta all'individuazione del suo nucleo centrale, mediante l'utilizzo del software EVOC 2000. I risultati ottenuti incrociando frequenza e rango di apparizione delle associazioni sono riportati in Tabella 2. Il primo riquadro in alto a sinistra comprende gli elementi candidati a costituire il nucleo centrale della RS. Tra questi notiamo la compresenza di elementi positivi, quali *conoscenza ed esperienza*, ma anche e soprattutto negativi quali *stanchezza, stress-logorio e staticità*.

Nella prima periferia – in alto a destra – sono presenti gli elementi citati più frequentemente, dunque condivisi da diversi partecipanti, ma che rivestono una salienza minore. Tra questi, troviamo di nuovo il riconoscimento dell'acquisizione di capacità negli anni, così come di una maggiore saggezza. Tuttavia, molto più diffusi sono i riferimenti alla demotivazione, alla routine e alla noia, alla maggiore incidenza di malattie, alla perdita di efficienza cognitiva o ancora, il riferimento al fatto di essere “condannati” a lavorare fino a tarda età e di avere meno pazienza invecchiando.

L'altra periferia più vicina al nucleo – in basso a sinistra – comprende gli elementi di contrasto, citati da meno persone e tuttavia molto salienti per coloro che vi hanno fatto riferimento. È interessante notare come anche in questo caso nessuno degli elementi si possa dire positivo: insieme alla speranza di andare in pensione, emergono infatti elementi quali lentezza e tristezza.

È solo nella periferia più lontana, comprendente gli elementi meno citati e meno salienti, che troviamo una prevalenza di aspetti più vicini all'idea di *active ageing* (OMS, 2002),

quali impegno, passione-entusiasmo, apertura mentale e mantenersi attivi. L'analisi della struttura della RS in termini di nucleo e periferia, dunque, restituisce un quadro generale in cui pare non esservi “dibattito” tra gli elementi citati. Questi elementi propongono una visione tendenzialmente negativa dell'invecchiamento sul lavoro, alla quale pare contrapposta in modo marginale l'idea di un invecchiamento attivo.

Tabella 2 – Ipotesi di struttura della rappresentazione dell'invecchiamento sul lavoro.

		RANGO D'IMPORTANZA	
		<3	>=3
FREQUENZA	$\lambda = 11$	Conoscenza Esperienza Stanchezza Stress-Logorio Staticità	Capacità Demotivazione Malattia Noia Routine Saggezza Niente-Pensione_Condanna Perdita Poca-Pazienza Stabilità
	$\lambda = 4 \text{ e } <10$	Lentezza Pensione_Speranza Tristezza	Impegno Passione-Entusiasmo Sicurezza-Scioltezza Apertura-Mentale Aumento-Di-Stipendio Carriera Mantenersi-Attivo Prestazioni-Carenti Responsabilità Rispetto

Fonte: autoria própria.

ANALISI DELLA COMPONENTE “ATTEGGIAMENTO” DELLA RAPPRESENTAZIONE

Nello studio di una RS, una dimensione significativa da indagare è l'orientamento cognitivo-affettivo nei confronti dell'oggetto di rappresentazione, ovvero la dimensione *atteggiamento*. L'analisi dei dati, in questo caso, si è rivolta al confronto tra gli indici di polarità e neutralità ottenuti grazie alle indicazioni dei partecipanti stessi. In tutti i casi considerati l'indice di neutralità è risultato basso in oltre il 90% dei partecipanti, ad indicare che il campo rappresentazionale associato all'oggetto *invecchiamento sul lavoro* è risultato fortemente polarizzato.

Vi è una leggera prevalenza di partecipanti che hanno associato soprattutto parole positive all'espressione *invecchiamento sul lavoro* (48,1%), rispetto a coloro che vi hanno associato più parole negative (42,6%). Meno di un partecipante su dieci (9,2%) ha invece espresso un numero sostanzialmente equivalente di parole positive e negative.

Confrontando le percentuali in base al gruppo di età emerge un dato interessante. Al contrario degli altri due gruppi di età, quello dei lavoratori tra i 35 e i 49 anni vede una prevalenza di associazioni negative (51,1%) rispetto a quelle positive (42,2%). Sembra dunque che i partecipanti di questa fascia di età mostrino un atteggiamento prevalentemente negativo verso l'invecchiamento sul lavoro, in controtendenza rispetto al dato generale e agli altri due gruppi di età.

Considerando la variabile genere, si può constatare come mentre tra gli uomini vi è una netta prevalenza di partecipanti che associano parole positive (60,7%) rispetto a coloro che associano parole negative (28,6%), tra le donne, al contrario, sembrano prevalere le lavoratrici che hanno riportato più

associazioni negative (48,1%) che positive (44,3%). Emerge un effetto di interazione tra l'età e il genere. Se vi è una sostanziale equivalenza tra uomini e donne nella fascia di età più giovane, nella fascia intermedia si nota una situazione invertita, con una netta prevalenza di associazioni positive nel caso degli uomini (63,6%) e una altrettanto netta prevalenza di parole negative nel caso delle donne (58,8%). Per quanto riguarda la fascia più anziana, sebbene tra le donne la differenza tra coloro che hanno espresso più associazioni positive (46,7%) e quelle che hanno associato più termini negativi (40%) sia inferiore rispetto a quanto accade per gli uomini, il rapporto rimane comunque a favore di un atteggiamento più positivo.

Se si considera il fatto che tra i partecipanti del gruppo di età intermedia le donne sono in numero maggiore rispetto agli uomini, si può comprendere che l'atteggiamento maggiormente negativo verso l'invecchiamento sul lavoro, registrato nei partecipanti tra i 35 e i 49 anni, non sia generalizzabile a tutto il gruppo di età ma caratterizzi in misura sostanziale le partecipanti donne.

CONCLUSIONI

Il presente lavoro si è sviluppato nel tentativo di rispondere alla domanda riguardante l'esistenza o meno di una RS dell'invecchiamento sul lavoro e di come questa si declinasse tra gruppi di persone aventi caratteristiche diverse. I risultati delle analisi effettuate non forniscono una risposta univoca e netta. È cosa per nulla scontata che quanto costituisce argomento di dibattito e confronto a livello istituzionale – come da tempo accade riguardo al tema dell'invecchiamento in generale

e sul lavoro – diventi contemporaneamente tema di confronto sociale nella vita quotidiana.

L'analisi delle associazioni libere raccolte tra i partecipanti alla ricerca sembra mettere in luce un nucleo piuttosto stabile per l'oggetto di rappresentazione considerato, costituito da elementi ricorrenti. In particolare, sembra indiscusso il ruolo centrale ricoperto dall'esperienza e dalla stanchezza. Attorno a questi pochi elementi centrali, tuttavia, non sembra esservi dibattito, ossia la presenza forte di elementi di contrasto, ma una tendenziale uniformità su elementi prevalentemente negativi. È interessante notare come tra le parole associate a invecchiamento sul lavoro prevalgano quelle positive, sebbene queste risultino più marginali nella struttura della RS. Infatti, sono emersi alcuni riferimenti ad un'idea attiva, dinamica e autorealizzativa di invecchiamento (vicina a quella di *active ageing*); questi però rimangono tra gli elementi meno salienti e frequenti.

Il consenso attorno agli elementi più centrali della RS lascia spazio a differenti posizionamenti tra i gruppi considerati, in particolare rispetto all'età e al genere. Un altro elemento interessante è il comune riferimento all' "esperienza" da parte dei tre gruppi di età, quindi anche al ruolo formativo potenzialmente ricoperto dal lavoratore anziano nei confronti dei più giovani. Questo aspetto risulta particolarmente importante alla luce delle sempre più diffuse pratiche di *formazione on the job* e *mentoring*, proposte nel tentativo di valorizzare il contributo del lavoratore senior. Tale componente suggerisce come vi potrebbe essere un "terreno fertile" rispetto a questo tipo di pratiche, da parte di tutte le fasce generazionali al lavoro. Ciò sarebbe in sintonia, inoltre, con l'istanza di riconoscimento del proprio valore e vissuto da parte dei lavoratori più anziani. Tuttavia, emerge da parte loro anche il bisogno di staccare,

un diffuso senso di stanchezza e il richiamo a impegni crescenti legati alle cure familiari. Questi elementi permettono alcune considerazioni.

Innanzitutto, suggeriscono la necessità di contestualizzare e personalizzare interventi volti alla promozione di politiche di *active ageing* intesi come prolungamento dell'attività lavorativa. Non si può prescindere da ciò che le persone al lavoro, non solo necessitano, ma anche desiderano. In altri termini, il miglioramento della qualità del lavoro – necessità che sembra essere suggerita dall'ampio riferimento al lavoro come difficoltà, logorio, stress – non sembra direttamente collegato ad una maggiore disponibilità a posticipare il momento della pensione. D'altro canto ci preme sottolineare che forte rilevanza hanno anche il tipo di professione svolta dal lavoratore e il suo stato psico-fisico.

Gli elementi sin qui riportati, dunque, sembrano suggerire che il processo di prolungamento di un'esperienza lavorativa positiva il più possibile in là negli anni debba tenere conto delle forti istanze presenti nella fascia di lavoratori più anziani. In particolare, appare evidente l'esigenza di ridisegnare ruoli e pratiche di lavoro nell'ottica di una maggiore valorizzazione delle competenze e dell'esperienza dei più anziani e di un progressivo alleggerimento del carico di lavoro; così come evidente sembra l'esigenza di flessibilizzare i percorsi in uscita in modo da intercettare il più possibile anche le traiettorie dei progetti di vita personali dei lavoratori più anziani.

Ripensare le pratiche che caratterizzano le modalità e i rapporti di lavoro potrebbe promuovere un cambiamento anche nella RS relativa al “lavoratore anziano” (MARTINS; CAMARGO; BIASUS, 2009), sulla quale il nostro gruppo di ricerca ha svolto approfondimenti non presentati in questa sede. La necessità di un cambio generazionale (individuata anche in quel contesto di

ricerca) porta a vedere la relazione tra lavoratori giovani e anziani in termini di *sostituibilità*. Eppure, l'adozione di pratiche volte a valorizzare le specificità dei lavoratori potrebbe favorire un processo di trasformazione progressiva della RS nei termini di una *complementarietà* generazionale, innescando processi virtuosi di promozione di RS più positive dell'invecchiamento sul lavoro.

In conclusione, i risultati emersi dal presente studio suggeriscono l'opportunità di porre uno sguardo psicosociale – sostenuto anche dall'adozione di diverse prospettive teorico-metodologiche – orientato allo studio delle conoscenze condivise sulla questione dell'invecchiamento in ambito lavorativo.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. **Jeux, conflits et représentations sociales**. Tesi di dottorato, Université de Provence, France, 1976.

ABRIC, J. C. A teorical and experimental approach to the study of social representations in a situation of interaction. In: FARR, R. M.; MOSCOVICI, S. (Ed.). **Social Representations**. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

ABRIC, J. C.; TAFANI, E. Gli aspetti strutturali della teoria. In: PALMONARI, A.; EMILIANI, F. (Ed.). **Paradigmi delle rappresentazioni social**. Bologna: Il Mulino, 2009. p. 147-176.

BEAUVOIR DE, S. **La vieillesse**. Paris: Éditions Gallimard, 1970. 608p.

COMMISSIONE EUROPEA. Confronting demographic change: a new solidarity between the generations. **Green Paper**. COM, 94, 2005.

CONTARELLO, A.; LEONE, G.; WACHELKE, J. O envelhecimento em uma sociedade que envelhece. In Tura, L.F.R.; Oliveira Silva, A. (Ed.) **Envelhecimento e representacoes sociais**. Rio de Janeiro: Quartet Faperj, p. 139-168, 2012.

CONTARELLO, A. et al. Il dolore come rappresentazione condivisa. Indagine con operatori della salute all'interno del progetto della regione Veneto "Ospedale e territorio senza dolore". **Psicologia della Salute**, v. 12, n. 2, p. 27-49, 2009.

DI MAURO, M. **Organizzazioni e differenze**. Milano: Angeli, 2010. 272p.

DOISE, W. Les Représentations sociales. Définition d'un concept. In: DOISE, W.; PALMONARI, A. (Ed.). **L'étude des représentations sociales**. Paris: Delachaux et Niestlé, 1986.

EMILIANI, F.; PALMONARI, A. La scuola di Ginevra. In: PALMONARI, A.; EMILIAN, F. I. (Ed.). **Paradigmi delle rappresentazioni sociali**. Bologna: Il Mulino, p. 177-209, 2009.

JODELET, D. **Folies et représentations sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989. 310p.

JODELET, D. Contributo das representações sociais para o domínio da saúde e da velhice. In: LOPEZ, M.; MENDEZ, F.; MOREIRA, A. (Ed). **Saúde, educação e representações sociais: exercícios de diálogo e convergência**. Evora: Formasau, 2009. p. 71-88.

LALIVE D'EPINAY, C.; CAVALLI, S. **Le quatrième âge**: Ou la dernière **étape** de la vie. 1. ed. Lausanne: Presses Polytechniques Romandes, 2013.

MARCALETTI, F. Paradigmi e approcci nella gestione dell'invecchiamento delle forze di lavoro: un riesame critico. In: MARCALETTI, F.; ZANFRINI, L. (Ed.). **L'invecchiamento delle forze di lavoro**: Lo stato del dibattito in Europa. Milano, p. 192, 2012. **Sociologia del Lavoro**, 125.

MARTINS, C. R. M.; CAMARGO, B. V.; BIASUS F. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. **Universitas Psychologica**, Bogotá, v. 8, n. 3, p. 831-847, dez, 2009.

MOLINA, S. **Le politiche aziendali per l'anzianato del lavoro in Italia**. Milano: Franco Angeli, 2000. 192p.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son publique**. Paris: PUF. 1976 (Originalmente publicado em 1961)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Active Ageing: A Policy Framework**. 2002. 59p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Department of Economic and Social Affairs/Population Division. **World Population Ageing**. 2009. 82p.

WACHELKE, J.; CONTARELLO, A. Social representations on aging: structural differences concerning age group and cultural context. **Revista Latinoamericana de Psicologia**, Bogotá, v. 42, n. 3, p. 367-380, set. 2010.

CAPÍTULO 9

ALGUMAS DIMENSÕES REPRESENTACIONAIS DA VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS EM PORTUGAL E NOS EUA

ADRIANA COLER

(Bunker Hill Community College, Boston, MA/USA; Manchester
Community College, Manchester, CT/USA).

MANUEL LOPES

(Universidade de Évora, Portugal)

ANTONIA OLIVEIRA SILVA

(Universidade Federal da Paraíba, Brasil)

INTRODUÇÃO

Para muitos idosos, os conflitos do estresse da convivência intensiva expõem situações de negação da própria autonomia e integridade, materializando-se em forma de violência. Esse é, segundo Silva et al. (2008), um dos aspectos da vida moderna que causa medo ao idoso.

As possíveis repercussões da violência no bem-estar físico, mental e social da pessoa idosa e o consequente impacto nos serviços assistenciais caracterizam a violência contra a pessoa do idoso como um dos problemas mais sérios de saúde pública. Inserido na reflexão sobre vulnerabilidades contemporâneas, o fenômeno da violência acometida contra pessoas idosas é aqui discutido paralelamente à apresentação de algumas de suas dimensões representacionais.

Os índices de prevalência e incidência da violência contra idosos são obscuros, havendo uma tremenda dificuldade em

saber sobre sua epidemiologia por se tratar de uma população particularmente vulnerável a estereótipos.

Investigações acerca das representações sociais sobre envelhecimento evidenciam a percepção a respeito dessa fase do desenvolvimento humano, incluindo a construída pelo próprio idoso, como uma etapa de perdas de papéis, limitações físicas e ausência de produção (CONTARELLO; LEONE; WACHELKE, 2012; COSTA; CAMPOS, 2009). Estereótipos negativos sobre o idoso, como pessoa incompetente, inútil e dependente, produzem sentimentos de impotência, promovendo o aspecto da vulnerabilidade, sendo esse, por sua vez, identificado como fator de alto risco para situações de abuso (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2003). Ainda assim, entre a população de idosos portugueses é estimado que 39,4% sejam vítimas de agressões, indicando um aumento de 179% dos processos de apoio relativos a pessoas idosas vítimas de crime entre 2000 e 2012 (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO A VÍTIMA – APAV, 2013). Nos Estados Unidos da América (EUA), um estudo epidemiológico realizado no estado de Nova Iorque sobre a prevalência de abuso contra idosos revelou a incidência estimada de 260.000 idosos vítimas de alguma forma de violência, representando uma incidência de 76% de casos autorrelatados (LIFESPAN OF GREATER ROCHESTER, 2011).

Indicativos epidemiológicos adicionais apontam que, no caso da violência praticada contra a pessoa do idoso, o agressor é uma pessoa com intimidade e/ou de confiança, na maioria das vezes pertencente ao contexto particular da pessoa idosa (MELO; CUNHA; FALBO NETO, 2006; SILVA et al., 2008; ZINK et al., 2006). A literatura vem respaldando tal conjuntura, apresentando a identidade do agressor como frequentemente um familiar próximo (APAV, 2013; MURPHY et al., 2013). Contudo, a

corresidência da família com o idoso é vista como favorável à prestação de cuidados (LEITE; HILDEBRANT; SANTOS, 2008).

Há muito o que se explorar no tocante à compreensão sobre a violência contra o idoso praticada por membros da família. Não é apenas o idoso que precisa se adaptar aos desafios da idade, mas também outros familiares que se veem diante de situações novas pelas quais apenas a necessidade de enfrentá-las não garante o aprendizado da lição. A dinâmica das relações entre indivíduos e, por vezes, gerações e suas diferenças resulta numa instituição familiar com um alto nível de conflito, o que pode, em parte, explicar os altos índices de violência familiar (SACOL; ZAPPE, 2011; STRAUS, 2008). A oportunidade favorecedora de violência, no caso particular de idosos, acontece principalmente devido à existência de alguma forma de dependência, incluindo as resultantes de doenças que provocam incapacidade física ou mental, à restrição do convívio social do idoso, ao isolamento social do cuidador, à fadiga e/ou ao estresse pela sobrecarga de cuidados dispensados continuamente e por tempo prolongado (MEIRA; GONÇALVES; XAVIER, 2007).

Apesar da preparação pessoal ou profissional que estamos acostumados a dizer que temos, muitas vezes a incerteza de como tratar a pessoa idosa faz-se presente no nosso discurso. Se se é condescendente, corre-se o risco de lhe faltar com respeito. Se esperamos o exercício da tão falada independência nas atividades rotineiras, pode-se ignorar as suas necessidades. Tal consideração nos leva à reflexão sobre a dinâmica do relacionamento não somente entre o idoso e sua família, mas, também, entre o idoso e os profissionais de saúde que lhe prestam assistência, sendo esses dois contextos identificados como os de maior incidência de violência contra idosos (MEIRA;

GONÇALVES; XAVIER, 2007; MELO; CUNHA; FALBO NETO, 2006; MINAYO, 2003; SILVA et al., 2008; ZINK et al., 2006).

Sabe-se que, mesmo as pessoas que procuram serviços de saúde em consequência de maus-tratos, podem justificar suas presenças com outras razões, que não sejam as envolvidas com a violência. A vivência profissional nos leva a reconhecer que qualquer discussão sobre experiências abusivas não se caracteriza como situação apazível. Para muitos, o contato com um profissional de saúde pode significar a oportunidade de debater possíveis situações de violência.

Os profissionais da área de saúde que também se colocam no papel de cuidadores têm a oportunidade de detectar o problema da violência no idoso que chega às diversas instituições, considerando especialmente a pessoa que o traz. Estudos realizados demonstram que a população idosa, particularmente vítimas do sexo feminino, necessita de mais cuidados médicos em consequência da violência sofrida em comparação com vítimas mais jovens (BACHMAN; MELOY, 2008). Acreditando-se que trabalhadores da área de saúde podem ser os primeiros indivíduos a terem acesso a sinais de abuso e, tendo como referência seu dever em realizar notificação compulsória, a preocupação com o que esses profissionais pensam acerca da violência contra o idoso parece, por si só, justificável.

Questões éticas foram exploradas no estudo realizado por Solum, Slettebø e Hauge (2008), considerando diálogos de profissionais de saúde que envolviam direitos de usuários enquanto institucionalizados. Os resultados demonstraram que, apesar de os profissionais sentirem-se familiarizados com valores éticos, tais como respeito e determinação pessoal, esse conhecimento, no entanto, nem sempre é refletido em ações. Por conseguinte, os usuários não possuíam determinação pessoal ou qualquer

influência em ações que, de uma maneira ou de outra, os afetavam como consequência de não serem ouvidos. A privação do direito de estabelecer condutas e estratégias que se relacionam com seu próprio destino e vida também é uma forma de maltrato.

Trata-se, assim, da escolha entre silenciar a fala ou permitir que se escute o que nem sempre está presente no discurso. Acredita-se que a familiaridade com o fenômeno da violência contra idosos seja imprescindível no trabalho de prevenção primária, constituindo, portanto, parte da assistência que se presta. Nesse sentido, incluir os pensamentos de indivíduos cuidadores, familiares e profissionais de saúde acerca da violência contra o idoso e, a partir deles, compreender o sentido dinâmico dos relacionamentos é também uma ação de combate à violência, já que o contrário desse comportamento, ou seja, dificultar a discussão do assunto, pode ser percebido como uma forma de tolerá-la, permiti-la e, até mesmo, glorificá-la.

A VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A tarefa de promoção da comunicação acerca do fenômeno da violência em idosos é possível por meio do construto teórico das representações sociais. Essas são definidas por Jodelet (1989, p. 36) como “[...] uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e compartilhado, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

Para tanto, realizou-se um estudo qualitativo do tipo descritivo, mas também comparativo, já que oferece três perspectivas distintas de participantes em dois países, Portugal e EUA, no período entre 2009 e 2014. Buscou-se conhecer o que

pensam sobre violência contra o idoso, explorando a perspectiva do próprio idoso, de famílias que tinham como integrantes pessoas maiores de 65 anos e de profissionais da área de saúde que prestam assistência à população nessa faixa etária.

O processo da análise dos dados coletados utilizando programas informáticos iniciou-se com a análise estatística descritiva das variáveis sociodemográficas da amostra com o programa estatístico SPSS versão 19.0. A produção discursiva foi analisada através dos programas ALCESTE (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte) e IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), que, por sua vez, possibilitaram a interpretação e atribuição de significados sob a ótica da teoria das representações sociais.

Esse último *software*, recentemente disponível de forma gratuita e com fonte aberta, foi desenvolvido pelo pesquisador francês Pierre Ratinaud do Laboratório de Estudos e Pesquisas Aplicadas a Ciências Sociais (LERASS) da Universidade de Toulouse, na França, e distribuído gratuitamente sob o termo da licença de utilização pública GNU GPL, acrônimo de “GNUs” *Not Unix e General Public Licence*, garantindo a liberdade de usuários em instalar, copiar, distribuir, estudar, modificar e aprimorar o programa estatístico (RATINAUD, 2009; STALLMAN, 2009).

Semelhante ao programa estatístico ALCESTE, o IRAMUTEQ emprega o método de classificação hierárquica descendente de vocabulário e segmentos de texto (REINERT, 1998), assumindo que as palavras usadas em contextos similares estão associadas ao um mesmo mundo lexical. Sua especificidade encontra-se na função de análise de *corpus* textuais de grande tamanho, complementando a análise de resultados

com representação aprimorada dos gráficos referentes à Análise Fatorial e à Análise de Similitude (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Assim, participaram deste estudo um total de 240 indivíduos, sendo 120 participantes de cada país, representativo em sua maioria do sexo feminino, constituindo-se por adultos acima de 65 anos de idade, casados, com situação empregatícia ativa e nível de escolaridade superior. A amostra foi ainda dividida entre três grupos: idosos, família de idosos e profissionais de saúde que prestam assistência à população idosa. Definiu-se o mesmo número de 80 indivíduos para cada grupo. Os grupos família e profissionais de saúde foram distribuídos igualmente em 40 participantes de cada país. Já o grupo de idosos foi subdividido em institucionalizados e não institucionalizados. Dos indivíduos institucionalizados, o número de entrevistados em Portugal totalizou 19 e, nos EUA, 25, perfazendo 44 participantes. O número de idosos não institucionalizados totalizou 36, sendo que, destes, 14 eram portugueses e 22 americanos. Analisando o *corpus* de texto das amostras dos dois países, pode-se caracterizar o fenômeno da violência em idosos em dois contextos principais: a) a violência como um evento privado, resultado de conflitos domésticos envolvendo membros da família ou; b) a violência no contexto público, vivenciada em instituições ou inserida em atitudes pejorativas contra os idosos.

Como evento privado, as representações da violência contra idosos se objetivam nas histórias sobre episódios violentos implantados na memória de relações intrafamiliares passadas ou contínuas. A violência interpessoal é entremeada com representações sociais do envelhecimento ancoradas à figura do idoso como pessoa frágil, dependente e marginalizada, cujo lugar na sociedade é desvalorizado. A velhice é representada como uma fase de perda de identidade, poder e autonomia,

com consequências socioemocionais desgastantes para o idoso, materializando-se também em forma de violência.

A segunda forma de pensamento expressa pelo grupo de idosos e famílias apresenta uma preocupação referente à “identidade social do idoso”. A violência contra idosos é referenciada como um “assunto delicado” que envolve uma “população difícil”. Apresenta-se como um fenômeno que aflige a pessoa do idoso devido à forma como este é percebido pela sociedade, caracterizando-se como um problema de identidade.

Não se sabe ao certo sobre o que é ser idoso, embora haja um interesse próprio em discutir sua identidade inserida numa sociedade que envelhece sem saber o que fazer com o envelhecer. A violência contra a pessoa do idoso é vista também como um problema social que demanda uma resposta da sociedade quanto à criação de políticas educacionais e de saúde para diagnosticar, educar, tratar e prevenir a violência. A necessidade de agir é identificada através da expectativa por uma melhor preparação dos profissionais de saúde, criação de políticas sociais e do Estado para atender as necessidades da população de idosos, promoção de discussões sobre a problemática da violência contra idosos e leis que não apenas protejam a população idosa, mas também penalizem com rigor os infratores. Embora sejam aspectos aparentemente diferentes, evidenciou-se uma relação de dependência entre o pensamento social sobre a violência contra idosos e a pessoa idosa como se, para pensar em um (fenômeno da violência) fosse necessário pensar antes no outro (vítima idosa). Estereótipos a respeito do envelhecimento como um processo de mudanças biopsicossociais com prevalência de perdas fizeram-se presentes no discurso narrativo, apresentando, por consequência, o idoso como pessoa frágil e indefesa, uma pessoa difícil, muitas vezes

isolada ou solitária. A violência é concebida como um problema que aflige o idoso, influenciada por sua identidade social – uma resposta à maneira como se percebe o idoso: um fardo, um peso para as famílias e sociedade.

Para visualizar a estrutura das representações sociais da violência contra idosos e confirmar a conectividade entre os elementos determinantes da representação social foi realizada uma análise de similitude. Essa análise produz um gráfico ilustrativo apresentando categorias organizadas por grau de implicação, segundo a estrutura semântica com pontos e ligações (PEREIRA, 2005). Segundo Brito e Camargo (2011), a análise de similitude possibilita a demonstração das relações entre os elementos com uma representação gráfica, comparáveis a uma árvore em cujos vértices se encontram as variáveis, estando, nas arestas que as ligam, a conexividade, ou co-ocorrência dentro de um grupo de evocações. Descrever uma representação em termos estruturais, ao menos em sua essência, equivale a identificar os elementos que compõem o seu núcleo central (VERGÉS, 2001).

Na árvore máxima de similitude, ilustrada na Figura 1, pode-se observar que os elementos de maior centralidade são: pessoa, idoso, violência. O elemento “pessoa” é o que apresenta maior número de conexões, sendo a grande parte delas, no entanto, sem constituir cadeias ou sequências de arestas. Isso evidencia o papel organizador desses três elementos para o significado acerca do objeto de representação aqui investigado, demonstrando a variedade de noções e valores através da articulação direta uma com as outras.

A modalidade demonstra ainda relação com aspectos reflexivos acerca do “pensar” essa fase particular do desenvolvimento humano por meio do “saber” e “dizer”, aspectos que compõem características peculiares da pessoa idosa. Embora

Todos os conceitos que produzem a nuvem de palavras são relevantes para se conhecer as representações sociais da violência contra os idosos. No entanto, é possível constatar que o elemento mais central na estrutura das representações sociais é o termo pessoa. Na periferia próxima, aparecem os termos: idoso e violência, partes importantes no processo da construção das representações sociais sobre a violência contra idosos, constituindo os elementos centrais das representações.

CONCLUSÕES

Utilizando-se da árvore máxima de similitude (Figura 1) e da nuvem de palavras (Figura 2), é possível confirmar que as representações sociais da violência contra idosos estão objetivadas na pessoa do idoso vítima da violência em diferentes contextos. Remete-se à percepção social acerca do idoso, suas variáveis individuais e potenciais situações de violência.

A imagem icônica da violência contra idosos é fundamentada na identidade social do idoso. Sugere que essa identidade social, positiva ou negativa, possui consequência direta nas representações que se compartilham acerca do tema investigado. Deve-se considerar que a forma variada e individual de responder ao fenômeno da violência contra idosos pode ser influenciada pela percepção social deles, ou seja, pela maneira como as pessoas percebem, julgam, avaliam e entendem esse grupo em particular. Ao se capturar a ideia de que os idosos são frágeis, submissos, carentes, difíceis e solitários, pode-se justificar, portanto, a realidade social de violência contra o idoso. Nesse caso, criou-se, assim, uma imagem do idoso como vítima indubitável do fenômeno. Observa-se que

os entrevistados, ainda que inseridos em contextos e culturas diferentes, conceberam a violência contra o idoso como um fenômeno que assume diversas formas referentes ao ato ou ações explícitas e/ou ocultas de expressão de violência, abuso ou queixa. Apesar das especificidades dos diferentes termos, destaca-se que esses foram usados pelos três grupos nos dois países como sinônimos de violência. A sabedoria do senso comum evidencia o entendimento sobre o fenômeno como um entrelaçamento de termos sem diferenciações entre níveis ou categorias conceituais. Faz sentido a seguinte afirmação: a ação da violência é muito mais do que um problema epistemológico. A pluralidade de seus significados apenas é compatível com sua multidimensionalidade.

Identifica-se ainda uma ancoragem psicossocial do fenômeno centrada em aspectos socioafetivos, ao reconhecer o aspecto de fragilidade e dependência do idoso e a consequente necessidade de cuidados. Curiosamente, os participantes de Portugal, ao reprovarem ações violentas contra a pessoa do idoso, indicaram descrença em habilidades relacionadas ao seu próprio papel como grupo social ativo para enfrentar o problema. Os discursos evocam uma atitude de paralisia diante do fenômeno, com expectativas de que o governo ou, ainda, uma força divina acabe com a violência contra idosos. São conteúdos discursivos associados, em geral, a práticas de tercerização quanto à execução de ações face à violência contra idosos, na espera de que o Estado, a polícia, as leis, Deus ou um “poder” mágico possam enfrentar e combater o problema.

Por outro lado, a amostra americana, apesar de reconhecer a complexidade do fenômeno, não apresentou uma expectativa exterior ao contexto do próprio grupo (o grupo de idosos, famílias ou profissionais de saúde), indicando crença em suas

habilidades em mudar a situação, como também o direito de demanda por serviços.

Há de se esperar diferenças nas normas de conduta dos grupos, considerando as diferenças culturais entre os dois países. No entanto, o postulado de que a prática social depende da percepção que os sujeitos sociais possuem da interpretação da realidade em que vivem nos faz refletir sobre a motivação dos sujeitos, como indivíduos ou grupo, em responder ao fenômeno da violência contra idosos. Esse é um aspecto preocupante diante da percepção, com bases nas análises de investigação, de que as representações sociais da violência contra idosos se constroem fortemente em torno da imagem negativa do idoso e do envelhecimento.

A dinâmica entre relações familiares e processo de envelhecimento, em que o idoso é resumido à imagem de declínio e dependência, pode resultar numa convivência pouco harmoniosa. Pode-se afirmar que a coexistência com um indivíduo, visto através de um olhar estigmatizador, potencializa situações de violência. Para os profissionais de saúde, estereótipos negativos a respeito da pessoa idosa são capazes de influenciar esforços profissionais e limitar opções de tratamento. Para o idoso, acreditar na própria responsabilidade individual em melhorar condições de saúde e segurança pode favorecer o endosso às recomendações de hábitos saudáveis associados ao conceito de qualidade de vida. Caberia aqui lembrar as projeções demográficas acerca do número crescente dessa população em nível mundial e a oportunidade em explorar a valorização de sua própria identidade, transformando condutas e, quiçá, práticas sociais que possam prevenir o fenômeno da violência contra idosos.

A análise do material discursivo apresentado pelos participantes evidenciou a existência de um interesse próprio em discutir a identidade da pessoa do idoso. No nível de contexto individual, a violência contra idosos foi ancorada à imagem de agressão a uma pessoa idosa caracterizada como frágil, desrespeitada e humilhada. São imagens estereotipadas sobre idosos de caráter negativo equivalentes às discutidas por Jodelet (2009, p. 84), ao refletir acerca desse grupo como “[...] categoria social geral e homogênea sujeita a discriminação”. Nesse sentido, o fenômeno da violência contra idosos seria, portanto, aceito como acontecimento natural contra um grupo cujos contributos são questionáveis e oferta de benefícios discutíveis.

É particularmente preocupante saber que a representação da violência contra idosos está associada a um evento que é visto como parte da velhice, indicando, assim, conformidade para com o fenômeno. Nesse contexto, situações de violência teriam chances pequenas de serem enunciadas.

O conjunto das representações sociais da violência contra idosos aqui apresentado oferece informações importantes que podem ser úteis para rever políticas de intervenção e prevenção. Discutir a violência contra idosos divulgando o conhecimento sobre os significados atribuídos ao fenômeno produz a oportunidade de promover o diálogo a respeito da pessoa do idoso cujo direito de tratamento digno não possui limites de cidadania, tampouco de idade.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO A VÍTIMA – APAV.

Estatísticas da APAV: Relatório anual 2012. Disponível em:

<http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Totais_Nacionais_2012.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2012.

BACHMAN, R.; MELOY, M. The epidemiology of violence against the elderly for primary and secondary prevention. **Journal of Contemporary Criminal Justice**, v. 24, n. 2, p. 186-197, 2008.

BRITO, A. M. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Temas em Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 283-303, 2011.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2011000100023&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 20 maio 2012.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CONTARELLO, A., LEONE, G.; WACHELKE, J. O envelhecimento em uma sociedade que envelhece. In: TURA, L. F. R.; SILVA, A. O. (Org.). **Envelhecimento e Representações sociais**. Rio de Janeiro: Quartet: Faperj, 2012. p. 139-168.

COSTA, F. G.; CAMPOS, P. H. F. Representação social da velhice, exclusão e práticas institucionais. **Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas**, v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.crp09.org.br/NetManager/documentos/v1n1a6-resumo.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2010.

JODELET, D. **Les representations sociales**. Paris: P. U. F., 1989.

_____. Contributo das representações sociais para o domínio da saúde e da velhice. In: LOPES, M.; MENDES, F.; MOREIRA, A. (Org.). **Saúde, educação e representações sociais**. Coimbra: Formasau, 2009. p. 71-88.

LEITE, M.; HILDEBRANT, L.; SANTOS, A. Maus-tratos a idosos no domicílio: concepção de familiares. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 11, n. 2, p.209-221, 2008. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232008000200007&lng=pt>. Acesso em: 24 maio 2010.

LIFESPAN OF GREATER ROCHESTER, INC. **Weill Cornell Medical Center of Cornell University and New York City Department for the Aging. Under the Radar: New York State elder abuse prevalence study**. New York, NY. 2011. Disponível em: <<http://www.lifespan-roch.org/documents/TargetSummitFinalReport.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

MEIRA, E.; GONÇALVES, L.; XAVIER, J. Relatos orais de cuidadores de idosos doentes e fragilizados acerca dos fatores de risco para violência intrafamiliar. **Revista Ciências e Cuidados da Saúde**, v. 6, n. 2, p. 171-180, 2007.

MELO, V. L.; CUNHA, J. O. C.; FALBO NETO, G. H. Maus-tratos contra idosos no Município de Camaragibe, PE. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, S43-S48, maio 2006. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6s1/30503.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003.

MURPHY, K. et al. A literature review of findings in physical elder abuse. **Canadian Association of Radiologists Journal**, v. 64, n. 1, p. 10-14, 2013.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. NRC. Elder mistreatment: abuse, neglect, and exploitation in an aging America. Panel to review risk and prevalence of elder abuse and neglect. In: BONNIE, R. J.; WALLACE, R. B. (Ed.). **Committee on National Statistics and Committee on Law and Justice, Division of Behavioral and Social Sciences and Education**. Washington, DC: The National Academies Press, 2003.

PEREIRA, F. C. C. Análise de dados qualitativos aplicados às representações sociais psicologia social. In: MOREIRA, A. S. P. et al. **Perspectivas Teórico-Metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2005. p. 25-60.

RATINAUD, P. **IRaMuTeQ**: interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires. 2009. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

REINERT, M. **Alceste**: analyse de données textuelles: Manuel d'utilisateur. Toulouse: IMAGE, 1998.

SACOL, K. L. P.; ZAPPE, J. G. Violência contra idosos: análise da produção científica nacional no período de 2003 a 2010. **Mudanças** - Psicologia da Saúde, v. 19, n. 1-2, p. 39-50, 2011.

SILVA, M. J. et al. A Violência na vida cotidiana do idoso: um olhar de quem a vivencia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 124-136, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a11.htm>>. Acesso em: 5 maio 2010.

SOLUM, E.; SLETTEBØ, A.; HAUGE, S. Prevention of unethical actions in nursing homes. **Nursing Ethics**, v. 15, n. 536, p. 536-48, 2008.

STALLMAN, R. M. Viewpoint: why “open source” misses the point of free software. **Communications of the Association for Computer Machinery**, v. 52, n. 6, p. 31-33, 2009.

STRAUS, M. A. Bucking the tide in family violence research. **Trauma Violence Abuse**, v. 9, n. 4, p. 191-213, 2008. Disponível em: <<http://tva.sagepub.com/cgi/content/refs/9/4/191>>. Acesso em: 5 maio 2010.

VERGÉS, P. L'analyse des données par les graphes de similitude. **Sciences Humaines**, juin. 2001. Disponível em: <<http://www.scienceshumaines.com/textesInedits/Bouriche.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

ZINK, T. et al. Older women's descriptions and understandings of their abusers. **Violence against women**, v. 12, n. 9, p. 851-865, 2006.

CAPÍTULO 10

ANZIANI VITTIME DI VIOLENZA. L'APPROCCIO DELLE RAPPRESENTAZIONI SOCIALI E IL PARADIGMA DELLA GIUSTIZIA RIPARATIVA

CLÁUDIO FONTANA

(Università Popolare AUSER; Liceo scientifico Paolo Giovio, Como, Italia.)

INTRODUZIONE

Gli studi sulle rappresentazioni sociali dell'invecchiamento e della violenza ci offrono preziose indicazioni per comprendere come la persona anziana giunga ad assumere il doloroso ruolo di vittima. Il paradigma della giustizia riparativa ci permette di comprendere come l'atto violento s'inserisca in un processo, in una rete complessa d'interrelazioni, legate a sistemi di rappresentazioni sociali. Dà risposte originali al bisogno di sicurezza e alla domanda di giustizia e si pone il compito di ricucire le lacerazioni nel tessuto sociale e di rendere di nuovo possibile la comunicazione. Sia dal punto di vista teorico, sia dal punto di vista dell'intervento sociale e dell'azione politica, s'inserisce in una dimensione societaria per individuare cosa possa socializzare e risocializzare, superando le angustie dell'individualismo.

La percezione sociale della violenza è molto forte e crescente, al punto da costituire un dato di realtà condiviso e scontato. Il fenomeno è diffuso e caratterizza società molto diverse e geograficamente lontane.

Altrettanto forte è la richiesta alle istituzioni dello stato in termini di sicurezza e assicurazione, soluzioni scarsamente efficaci ma che rispondono in modo immediato a forti bisogni emotivi. Altrettanto problematico, almeno per ciò che riguarda la situazione italiana, è il rapporto tra i dati reali riguardanti i

crimini più gravi e la minaccia percepita che sono in forte disaccordo (CERETTI; CORNELLI, 2013, p. 23). Il fenomeno richiede una spiegazione in termini culturali e sociali complessivi, tra i quali, secondo Bauman (2000, 2003), la rapidità e scarsa prevedibilità dell'evoluzione del mondo contemporaneo. La teoria delle rappresentazioni sociali può indagare le modalità attraverso le quali (dalle forme legate all'oralità, dalle modalità di comunicazione banalizzante e semplificatrice dei mass media, all'uso politico della paura come catalizzatore del consenso, etc.) si formano, diffondono e consolidano queste rappresentazioni.

In questo contesto la situazione della crescente popolazione anziana, a sua volta molto differenziata al suo interno, presenta caratteri specifici, legati alla percezione di sé nel processo riflessivo e interattivo di costruzione della propria identità. Tale processo non avviene nel vuoto, ma sempre in un determinato contesto; gli individui non sono atomi isolati che entrano in relazione, ma portatori e al tempo stesso, co-costruttori di rappresentazioni sociali che orientano il loro pensiero e le loro azioni. Per allargare la prospettiva in una dimensione societaria e non limitarsi a un'interazione tra semplici individui, come sostiene l'interazionismo simbolico a partire da Mead, occorre considerare la presenza di rappresentazioni socialmente condivise, a cui essi fanno riferimento e che danno senso alle interazioni, a ciò che si intende come reale e alle azioni conseguenti. Della formazione dell'immagine di sé e della relazione all'altro si è occupata in particolare Denise Jodelet, in un testo curato dallo stesso fondatore della teoria delle rappresentazioni sociali (MOSCOVICI, 1997, p. 70); Deschamps e Moliner (2009, p. 78) si soffermano sui rapporti teorici tra processi identitari e rappresentazioni sociali.

L'invecchiamento, nella sua rappresentazione e nella sua dimensione identitaria, è anche un processo di fragilizzazione, accentua quella "fragilità che è in noi" che accompagna ogni fase della vita ed è un carattere costitutivo dell'umano (BORGNA, 2014). Gli effetti psicologici della fragilizzazione, lo stereotipo socialmente condiviso dell'invecchiamento come inevitabile decadenza, vera e propria profezia che si auto avvera, a cui può aggiungersi un senso di spaesamento nei confronti di una realtà poco riconoscibile, accentuano nella popolazione anziana i timori e le ossessioni securitarie.

La percezione o il timore di subire violenza, in forma psichica e non solo fisica, si possono collegare al rischio di un più generale mancato riconoscimento di sé, elemento che, come sostiene Honneth (1992) viene messo in gioco in ogni forma di conflitto. Il problema del mancato riconoscimento è particolarmente significativo nel caso degli anziani, con crescenti rischi di perdita del loro ruolo sociale, con l'accadere di una crescente dipendenza, con l'abbandono di luoghi familiari e l'ingresso in strutture assistite dove la dimensione personale deve adattarsi a tempi e modalità proprie delle strutture, secondo le riflessioni fondamentali di Foucault (1976), e di Goffman (1970).

Riflessioni interessanti sul conflitto apparentemente insanabile tra volontà del paziente anziano, che si manifesta in forma estrema nel rifiuto dell'alimentazione, e decisioni mediche al suo riguardo, sono compiute in uno studio di Harbers, Mol e Stollmeyer (2002).

LA DOMANDA DI GIUSTIZIA E I DIVERSI PARADIGMI DI GIUSTIZIA

In questo contesto il problema del conflitto e della violenza pongono una domanda di giustizia quale istanza superiore regolatrice e condivisa. Doise e Elcheroth (2014, p. 42-43) riprendono il modello teorico di sistema e metasistema originariamente formulato da Moscovici (1976). Lo studio delle rappresentazioni sociali, adottando questa distinzione, mostra nel caso specifico come la giustizia possa funzionare come metasistema con valore regolativo rispetto alle operazioni cognitive e alle pratiche sociali. Come sostengono Deschamps e Moliner (2009, p. 107), riferendosi a studi di Lerner, esisterebbe una tendenza generale nel credere alla giustizia del mondo che porta ad attribuire una responsabilità personale a colui che è oggetto di ingiustizia; inoltre, per un individuo il carattere ingiusto di una situazione ha una dimensione soggettiva che

nasce dalla comparazione con quella altrui all'interno o all'esterno del suo gruppo.

Occorre qui considerare l'esistenza di diverse concezioni della giustizia che operano una differente tematizzazione dei vissuti delle persone in conflitto e le modalità di risoluzione del conflitto, del rapporto tra chi compie l'azione e chi la subisce, tra l'autore di un atto e la vittima.

Tabella 1 – Modalita' di trattamento dei conflitti penali.

	Modello retributivo	Modello terapeutico-rieducativo	Modello di Mediazione
Focalizzazione	Autore di reato	Autore di reato	Relazione reo-vittima
Obiettivi	Accertamento responsabilità	Rispondere al bisogno del reo	Gestire il conflitto
Risposta	Punizione	Presa in carico del reo	Costruzione di un'intesa reo-vittima
Procedura	Imposizione di un processo ed eventuale pena	Ricerca del consenso del reo alla mediazione	Costruzione del consenso reo e vittima alla partecipazione alla mediazione

Fonte: Ceretti, Di Ciò e Mannozi (2001).

Possiamo schematicamente individuare tre differenti paradigmi di giustizia (Tabella 1): 1) distributiva; 2) terapeutico-riabilitativa e 3) riparativa (*Restorative Justice*), al cui interno si pongono le pratiche di mediazione.

Garland (2004), attraverso un'analisi dei sistemi penali statunitensi e del Regno Unito, fornisce una dettagliata analisi storica di quello che, a suo avviso, ha segnato un brusco mutamento di paradigma nel corso degli ultimi tre decenni del secolo scorso. Ciò ha portato a una vera e propria reinvenzione del carcere e a una enfattizzazione populistica della paura sociale verso il crimine, con una rilegittimazione di un atteggiamento vendicativo e di forme punitive particolarmente dure e che sarebbero state ritenute infamanti nei confronti della dignità della persona se considerati alla luce del paradigma precedente, mosso dall'ideale riabilitativo (o terapeutico/rieducativo), affermatosi

a partire dalla fine del XIX secolo nelle società occidentali, come già aveva sostenuto Allen (1981).

Nella tarda modernità, non assistiamo quindi a un processo lineare e al passaggio da un modello ad un altro, con l'abbandono progressivo di forme di trattamenti penali e forme di giustizia più arcaici verso altri più attenti alla persona, quanto a un ritorno verso forme punitive ritenute efficaci, con un aumento esponenziale delle carcerazioni. Questo processo che struttura l'intera pratica della giustizia, e che secondo Garland (2004), tende ad estendersi inevitabilmente anche al di fuori del mondo anglosassone, si svolge all'interno di un clima psicologico, di una dimensione emotiva che lo giustificano e che ne vengono rafforzati con un effetto di *feed-back*. Si è generata così una diversa attitudine, una "nuova esperienza collettiva del crimine e della paura"; la paura e la rabbia alimentano diversi comportamenti da parte delle istituzioni, nell'intreccio con un uso populistico da parte degli attori politici di queste emozioni; il bisogno di giustizia viene ridotto a misure di securizzazione. Il riflesso è anche in una politica antiassistenzialistica. Torneremo nelle pagine seguenti ad analizzare il rapporto tra giustizia e formazione dello stato così come si è configurato nel corso della storia del mondo moderno. Questo rapporto, così come i caratteri generali dello stato moderno, sono entrati in crisi nella fase tardo-moderna o, come altri preferiscono definire, post-moderna. Secondo molti autori, tra cui Revelli (2003), nel mondo globalizzato si sono erose le forme di vita comunitaria ed è entrato in crisi lo stato-sovrano come unico detentore del potere, di rompere la catena della violenza sregolata. Incapace di garantire tanto la sicurezza quanto il sistema di Welfare e le forme di inclusione sociale che ne hanno segnato la nascita e la successiva evoluzione, lo Stato maschera la sua impotenza o non

onnipotenza mostrando un volto autoritario e preventivamente repressivo (CERETTI, 1998, 2004).

LA GIUSTIZIA RIPARATIVA E LA MEDIAZIONE DEI CONFLITTI

Ci basti ora osservare che è in questo contesto che si inserisce il diverso approccio e la diversa risposta offerti dalla giustizia riparativa. In prima istanza, essa pare essere controfattuale rispetto a quella che il senso comune legge come una realtà oggettiva segnata da una minaccia crescente e da una criminalizzazione diffusa nella società tali da richiedere semplicemente forme sempre più alte di difesa da parte di cittadini isolati e con una rete di relazioni sociali limitata, come spesso è particolarmente vero nel caso delle persone anziane. Le loro rappresentazioni della violenza e la loro domanda di giustizia, in una rappresentazione della loro condizione esistenziale connotata dalla fragilità e dallo stereotipo del decadimento, rende particolarmente rilevante il paradigma della giustizia ripartiva (*Restorative Justice*) e, al suo interno, le pratiche di mediazione dei conflitti. Vanno considerate nei loro effetti, sia in termini sociali generali, sia in termini di trasformazione delle identità personali e delle possibilità di riattivare forme di comunicazione impedita, laddove la mediazione non sia intesa in senso ristretto come accordo di tipo normativo ed economico, ma come espressione delle complesse emozioni in gioco nei conflitti.

La giustizia riparativa (*Restorative Justice*) viene presentata come un nuovo paradigma di giustizia rispetto a quello retributivo e a quello terapeutico rieducativo (o riabilitativo). Le pratiche interne a un paradigma e il passaggio a un nuovo paradigma, dai caratteri rivoluzionari, rispondono a tutte le difficoltà espresse da Kuhn (1978/1961) nel suo celebre testo concernente la struttura delle rivoluzioni scientifiche, estensibile dal campo delle scienze esatte a quelle di altri ambiti conoscitivi, pratiche e rappresentazioni sociali che tendono a una loro precisazione e definizione. Riguardano anche gli aspetti relativi alla formazione dei professionisti degli operatori sociali nei diversi ambiti e a diversi livelli.

Queste considerazioni possono essere applicate, nel nostro caso, a quanto avviene nell'amministrazione della giustizia e nelle concezioni del diritto. Occorre sottolineare, oltre agli aspetti problematici e di discontinuità nel passaggio tra un paradigma e l'altro, come la giustizia riparativa non pretenda di essere esclusiva e universalmente applicabile. Si pone in un rapporto, che richiede una sua istituzionalizzazione, con la giustizia distributiva, che prevede forme di punizione dei reati, e, soprattutto, con la giustizia terapeutico-riabilitativa, che prevede il reinserimento sociale del reo. Particolarmente significativa è nel caso italiano la pratica della mediazione inserita nelle finalità educative previste dal tribunale per i minori. La relazione con la vittima, nella sua concretezza di persona, possiede un valore formativo per una costruzione positiva dell'identità del giovane autore di reato nel prosieguo della sua vita.

ORIZZONTI METAFISICI, RAPPRESENTAZIONI COLLETTIVE E RAPPRESENTAZIONI SOCIALI

Un paradigma, che già contiene al suo interno motivazioni e concezioni generali condivise provenienti da altri ambiti, decide quali problemi siano ritenuti rilevanti, quale sia lo stile razionale, quali le soluzioni proposte e quali le pratiche accettabili e da condividere da parte degli operatori professionali del settore. Questi elementi muovono dal paradigma e dalle pratiche disciplinari formalizzate ad altri ambiti ed altre pratiche, alle concezioni che animano la vita quotidiana, al senso comune, attraverso transiti studiati dalla teoria delle rappresentazioni sociali, secondo gli studi avviati da Moscovici (1976) nel caso della psicoanalisi (CONTARELLO, 2007; WAGNER, 2007).

A fondamento di un paradigma possiamo ritrovare grandi orizzonti metafisici, assunti più o meno consapevolmente e spesso di lunghissima durata. Se nel caso della fisica galileiana Popper ritrovava alla base del concetto di legge di natura, con la sua stabilità, immutabilità e perfezione, la concezione della volontà di Dio, possiamo ritrovare un riferimento simile anche nella concezione della giustizia e del reato. La stabilità del cosmo, ordinato e armonioso, di origine addirittura mitica e cosmogonica con l'ordine imposto una volta per tutte da Zeus, viene minacciata e rotta dal reo e dal suo crimine. Le Erinni, divinità arcaiche e terribili, sorvegliano la violazione dell'ordine e garantiscono, con la punizione implacabile del colpevole, il suo ristabilirsi e svolgono una funzione deterrente nei confronti degli uomini che sanno che a esse non potranno sfuggire. Questa è la posta in gioco nelle *Eumenidi*, come giustamente sottolineava U. Curi nella sua relazione al convegno "Giustizia riparativa e sistema penale. Evidenze

di complementarità” (Como, Università dell’Insubria, 31 ottobre 2014). Potremmo aggiungere che la soluzione adottata da Eschilo, la trasformazione delle Erinni in Eumenidi, cerchi già di mutare il carattere arcaico della vendetta e della nemesi, come minaccia che tiene a freno gli uomini *ratio mali*, portandolo a un accordo con la legge umana della polis.

Nelle società tradizionali una rappresentazione collettiva unica e di straordinaria persistenza nel tempo ha riguardato la giustizia, a partire dal codice di Hammurabi; possiamo notare come nei sistemi penali permanga l’eco di questo schema, che non struttura solo i sistemi giuridici e le tecniche di amministrazione della giustizia, ma si ritrova nel senso comune e nelle rappresentazioni condivise, secondo quella che Moscovici (1976) definisce una rappresentazione egemonica. In quello che costituisce il nucleo centrale della rappresentazione sociale egemonica della giustizia, uno schema statico fa corrispondere all’atto, preso isolatamente e sottratto a ogni altra relazione e trasformazione nel tempo, le misure afflittive per il reo.

Questa rappresentazione si oggettivizza e trova un suo modello figurativo nell’immagine simbolica della giustizia. La donna che rappresenta la giustizia ha il volto bendato per non fare differenze tra gli individui sottoposti a processo, regge nella mano sinistra la bilancia per pesare i crimini e per richiamare alla dimensione cosmica dell’equilibrio e dell’armonia. La presenza del libro, fa riferimento al carattere scritto del codice che raccoglie le leggi e simboleggia il diritto; la spada nella mano destra infine simboleggia la forza che permette di procedere alla legittima punizione.

Questi elementi transitano nella modernità, permangono trasformati nella concezione dello stato e nella neutralizzazione della violenza privata realizzata dal Leviatano di

Hobbes. Possiamo ritenere che i due paradigmi storicamente affermati, quello distributivo e quello terapeutico-riabilitativo, siano entrambi culturalmente legati allo sviluppo del pensiero e dello stato moderno, con un coerente stile cognitivo e un'immagine della definizione dell'individuo e della responsabilità delle sue azioni.

Ma, in modo coerente e con un'aria di famiglia, il nuovo continente della modernità comporta anche un approccio metodologico basato sulla scomposizione e ricomposizione, piuttosto che sulla complessità, con uno stile cognitivo analitico. Questo comporta, nel caso delle analisi della società, e conseguentemente del potere e della giustizia, un riferimento agli atomi sociali costituiti dagli individui, presupposti come già formati e dotati di razionalità e possibilità di libera volontà.

LA TIPIZZAZIONE DEL REO E DELLA VITTIMA

Forzando i termini, potremmo citare la famosa frase di M. Thatcher “La società non esiste, esistono gli individui”. Non a caso quest'approccio è dal punto di vista epistemologico coerente con l'approccio d'impostazione atomistica e individualistica di quella psicologia sociale in ambito anglosassone che tende ad analizzare i fenomeni sociali in termini individuali (PALMONARI; EMILIANI, 2014). Inoltre, in modo coerente con il clima culturale e la tradizione filosofica anglosassone, viene presupposto un aspetto utilitaristico tanto nella vittima che nell'autore di reato, secondo il quale l'interesse economico si porrebbe alla base tanto del reato quanto della compensazione successiva nei confronti della vittima. La dimensione del riconoscimento, come già abbiamo ricordato è invece molto più

ampia e più profonda (HONNETH, 2002) e la persona è implicata in tutte le sue dimensioni, anche emotive, e non può essere ridotta a un puro elemento di calcolo razionale.

La stessa ricerca storica nei suoi sviluppi più recenti attribuisce un ruolo centrale alla figura della vittima (TRAVERSO, 2012). L'immagine sociale della vittima è fortemente problematica e i processi di vittimizzazione secondaria sono particolarmente significativi e richiedono grande attenzione e cautela per non costringere la vittima a una fissazione nel ruolo e a una sua stigmatizzazione. Vezzadini (2006) si rifà all'etimologia della parola "vittima" dal latino *victus/a*, cioè è vinto, per sottolineare l'ambiguità della figura della vittima e il disagio che ne accompagna la percezione sociale.

A un'analisi positivista del criminale segue parallelamente un'analisi positivista della vittima, attraverso forme di tipizzazione e semplificazione che facilitano gli aspetti operativi. La tipizzazione, secondo tratti predefiniti, svolge una funzione cognitiva (PALMONARI; EMILIANI, 2014) ed ha effetti rassicuranti, in modo simile a quanto avviene, secondo Bruner, con i processi di categorizzazione che organizzano l'ambiente ai fini dell'azione. Tuttavia, comporta una stereotipizzazione delle due figure che può giungere a vere proprie forme di essenzializzazione.

Queste spiegazioni positiviste e monocausali non tengono conto delle interazioni, della loro complessità e imprevedibilità. Analogamente non tengono conto del carattere interazionale della formazione dell'identità, della costruzione del sé e del suo carattere situazionale.

La violenza nasce nella relazione e non è un tratto insito nella natura umana, l'effetto necessario della vita sociale, la manifestazione dell'essenza patologica di un individuo o di un

determinato gruppo sociale. La nuova prospettiva della vittimologia, a partire da Von Hentig (1979), vede il crimine come interazione tra due esseri umani, in una prospettiva più ampia di quella che la prospettiva del diritto descrive come coppia reo-vittima.

La figura della vittima, come ci ricorda Vezzadini (2006, p. 70), è diversa da quella dell'agnello sacrificale e svolge, in forme diverse, un ruolo attivo e partecipa nel compimento degli eventi. L'individuazione delle caratteristiche delle figure deboli e particolarmente vulnerabili (il giovane, la donna, l'anziano, coloro che sono mentalmente instabili ed, infine, le minoranze e gli immigrati e la presenza di alcuni tratti psicologici interni) permette di svolgere un'azione preventiva per minimizzare il rischio di vittimizzazione. Occorre qui notare come per colui che compie un reato o un'azione violenta intervengano tecniche e forme di neutralizzazione nei confronti delle emozioni empatiche nei confronti della vittima, a cui viene negata o sminuita la piena appartenenza all'umanità. Questo è applicabile alla situazione dell'anziano come *minus Habens* o comunque meno considerato rispetto alla sua dimensione umana di persona nella sua pienezza; la deumanizzazione viene applicata al nemico nelle situazioni di guerra, come ricorda Todorov (2001).

LE COSMOLOGIE VIOLENTE

Analogamente gli studi di criminologia che si muovono in questa prospettiva considerano in modo non stereotipato l'autore di azioni violente. L'atto isolato, astratto rispetto alla dimensione temporale e ai contesti, viene invece inserito nei processi temporali e nei contesti, nei luoghi, nelle concrete interrelazioni personali che fungono da fattore scatenante dell'azione o

reazione violenta. La decisione che orienta l'azione viene tolta dall'inspiegabilità del raptus improvviso o dalla spiegazione in termini solo psicologici, su un individuo naturalmente violento e perciò diverso nei suoi comportamenti dal resto dei membri della società. In tal modo la sua identità negativa generalizza la sua condanna fino a coinvolgere ogni aspetto della sua personalità e procede a forme di etichettamento. L'emarginazione sociale “finisce per immetterlo definitivamente in circuiti relazionali che consolidano la sua carriera deviante”. [...] [secondo Athens] il percorso deviante può subire un arresto grazie a una ridefinizione simbolica dell'esperienza vissuta-scongiurando in tal modo qualsiasi seduzione verso una visione deterministica dell'agire individuale” (CERETTI; NATALI, 2009, p. 233).

Athens (1993), muovendo dall'interazionismo simbolico e cercando di andare oltre Blumer, descrive la carriera violenta attraverso le interazioni nei gruppi sociali e quella che lui definisce la “comunità fantasma” a cui l'individuo si riferisce. Analizza il processo di violentizzazione che giunge a formare un'immagine di sé violenta, più o meno stabile, passando attraverso quattro “stanze” successive tappe con livelli di violenza crescente. Questo processo non possiede una natura deterministica: nella metafora delle stanze che l'individuo segue nel suo percorso formativo e nella narrazione di sé e del suo percorso di vita è possibile immaginare che ogni stanza posseda una porta di uscita, che permette di interrompere il processo e rientrare in una dimensione e in gruppo sociale che non prevede il ricorso alla violenza.

In conclusione, l'azione, l'immagine di sé dell'individuo e la sua interpretazione della situazione vengono inserite all'interno di quella che Athens definisce una “cosmologia”, dove la violenza è legittimata e addirittura richiesta in modo coerente con l'intera visione della realtà propria di un determinato gruppo sociale.

Le diverse cosmologie segnano il passaggio da un universo a un altro. Nell'opera di Athens sono evidenti ed espliciti i riferimenti all'interazionismo simbolico. Nel suo sforzo di superarlo, con riferimento a processi sociali e al concetto di cosmologia, l'autore non utilizza il concetto di Rappresentazioni Sociali. Tuttavia, il riferimento a una concezione complessiva e coerente in cui collegare le interazioni, il loro senso, le azioni a esse collegate all'interno di un gruppo sociale possono legittimamente essere interpretate, perlomeno in alcuni punti, in una dimensione affine all'approccio delle rappresentazioni sociali.

PASSAGGIO A UN NUOVO PARADIGMA

Il passaggio a un nuovo paradigma non avviene in modo graduale, progressivo, lineare e continuo. Piuttosto si configura come un salto, una brusca discontinuità. Questi caratteri, pur senza enfatizzare l'assoluta incomunicabilità tra diversi paradigmi, sono applicabili anche al confronto tra diversi paradigmi di giustizia e di rapporto tra la giustizia riparativa e gli altri due modelli storicamente affermati e consolidati di giustizia retributiva e giustizia terapeutico-rieducativa.

Nel caso specifico, possiamo osservare come il modello retributivo e quello terapeutico-rieducativo presentino un numero elevato di anomalie, cioè non raggiungano in modo efficace i risultati che si ripromettono di garantire quali la sicurezza sociale e il reinserimento del reo nella vita sociale. Marginalizzano la figura della vittima e ne ignorano la concreta sofferenza (VEZZADINI, 2006, p. 54). Nel processo penale, per esempio, non c'è ruolo specifico della vittima se non come testimone di se stesso. Possono essere adeguati in linea di principio e in termini autoreferenziali, cioè razionali secondo i valori,

ma non secondo gli scopi. Per riprendere la classica distinzione di Weber, possono rispondere a un'etica della convinzione piuttosto che a un'etica della responsabilità, che si fa carico del considerare anche gli effetti delle azioni, secondo una logica consequenzialistica. Ciò può segnalare la necessità di passare a un altro paradigma che non presenti le anomalie e disfunzionalità crescenti di quelli normalmente adottati o che comunque ne integri alcune carenze.

Si ripropone qui la necessità di individuare i transiti tra la mediazione e la giustizia riparativa e il senso comune, compito affidato specificamente proprio agli psicologi sociali e, particolarmente, agli studiosi della teoria delle rappresentazioni sociali. Di fatto una giustizia distributiva sembra soddisfare in modo immediato ed emotivo un bisogno sociale di assicurazione in risposta a forme di minaccia di varia natura, connesse in modo inconsapevole, come già abbiamo accennato, alla mutevolezza e imprevedibilità dei mutamenti sociali e al venir meno delle garanzie sociali e dei sistemi di welfare in un mondo sempre più globalizzato e interconnesso e, al tempo stesso, atomizzato e con ideologie individualistiche (CERETTI; CORNELLI, 2008). In questo contesto l'ossessione securitaria può essere facilmente e semplicisticamente collegabile a fenomeni di delinquenza e a determinati gruppi sociali che si prestano a essere stigmatizzati (GOFFMAN, 1970) e vengono percepiti come particolarmente minacciosi. Moscovici (2012, p. 161) compie riflessioni a tal proposito riguardanti il caso degli zingari, "il cui nucleo figurativo non è cambiato per centinaia d'anni", legato al *Thema* puro/impuro, "come un elemento satanico all'interno di una società".

Lo spostamento della costellazione concettuale dei diversi elementi è ben riscontrabile nella tabella riassuntiva citata dianzi sui tre paradigmi di giustizia. In termini più

generalmente possiamo trovare un elemento comune di fondo nello spostamento dalla considerazione isolata degli attori sociali coinvolti e dalla considerazione delle loro azioni secondo una classificazione normata, quale appare nei primi due modelli, verso un approccio di tipo relazionale, secondo la giustizia riparativa, dove tutti gli elementi sono in rapporto tra loro, si modificano nel rapporto e dipendono dal significato che viene loro attribuito.

In questo contesto trova collocazione anche la pratica della mediazione che costruisce reti di rapporti a livelli diversi e con fasi diverse. Secondo le definizioni che ne vengono date la pratica di mediazione (*victim-offender mediation*)

è il procedimento che permette alla vittima e al reo di partecipare attivamente, se vi consentono liberamente, alla soluzione delle difficoltà derivanti dal reato, con l'aiuto di un terzo indipendente (mediatore).

IL SUPERAMENTO DI UN APPROCCIO ATOMISTICO E DETERMINISTICO

Volendo procedere per punti e sottolineando gli elementi relazionali presenti a tutti i livelli, ciò che rende impossibile procedere attraverso forme di separazione individualistica e di sostanzializzazione dell'identità e dell'io possiamo trovare che:

- Il reato- o più in generale, l'atto- s'inserisce in un contesto di relazioni sociali e di relazioni simboliche.
- Non viene isolato e bloccato in una dimensione atemporale.

- La vittima e il reo si costituiscono in una relazione e non si pongono come termini separabili.
- La vittimizzazione secondaria avviene attraverso relazioni sociali o attribuzioni sociali di significato che la vittima pone in atto nei confronti di se stessa e della sua identità, in relazione a rappresentazioni sociali.
- Senso comune e stereotipi intervengono nel definire e cristallizzare la successiva identità dell'autore dell'atto.
- I processi di affiliazione consolidano e irrigidiscono le forme d'identità, così come le identificazioni ottenute attraverso forme di etichettamento (labelling theory) e di stigmatizzazione (GOFFMAN, 1970).
- Si esce da un rapporto astratto tra la norma scritta e il reato, tra il reo e lo stato.
- La mediazione avviene con reti di relazioni complesse tra gli apparati di giustizia e i mediatori.
- I mediatori si pongono come terzi equidistanti tra l'autore dell'atto e la vittima, intesi nella loro individualità di persone e non nella loro definizione di ruolo.
- Nel corso della mediazione si procede attraverso processi empatici che tengono conto della dimensione emozionale e poi valoriale e non semplicemente dei dati oggettivi dell'azione o delle razionalizzazioni degli atti.
- La mediazione, intesa come processo di trasformazione futuro centrico, può produrre una modifica di sé e del significato delle proprie azioni e del proprio vissuto.
- Si produce un mutato rapporto tra l'autore di reato e chi ne è stato vittima direttamente o indirettamente, quindi in rapporto all'intero contesto sociale offeso dal reato.

Possiamo brevemente notare come la giustizia riparativa e la mediazione rifiutino un approccio atomistico e meccanicistico nel considerare l'identità delle persone coinvolte, la genesi dell'atto, la sua natura e il valore che gli viene attribuito, la successiva riparazione. La mediazione tra autore dell'atto e parte offesa si basa su una concezione della comunicazione diversa dal semplice flusso monodirezionale delle informazioni, ma su una dimensione dialogica che si prenda cura della fiducia di fondo nell'*Alter* che l'atto violento ha minacciato. La relazione, l'interazione, interviene costitutivamente nei processi di formazione e narrazione del sé delle persone coinvolte, nella loro relazione di fatto nella genesi e nel compimento dell'azione, nei successivi interventi di mediazione e riparazione.

Da un punto di vista teorico tra la giustizia riparativa e le teorie legate allo studio dell'identità e della formazione del sé con un approccio costruttivistico e narrativo, a partire dall'interazionismo simbolico di Mead (SALVINI, 2004; FONTANA, 2005) dalle riflessioni sulla narrazione e il rapporto *idem/ipse* di Ricoeur (1993), fino alle cosmologie violente di Athens, circola un'aria di famiglia per quanto riguarda la considerazione di relazioni e di processi e non elementi statici e isolati. E così, pur con tutte le significative differenze, si può dire nei confronti degli approcci secondo le rappresentazioni sociali. Non solo si rileva una coerenza teorica di fondo con la giustizia riparativa, ma proprio il ricorso alla teoria delle rappresentazioni sociali è indispensabile perché si possano comprendere le relazioni tra gli individui, contestualizzarle e modificarle. Infatti esse avvengono sempre in rapporto con le rappresentazioni sociali che permettono loro di attribuire un significato al mondo e di agire di conseguenza; Marková (2009, p. 230) nel saggio "Dialogicità e conoscenza" approfondisce l'analisi della dimensione dialogica

nelle rappresentazioni sociali e, citando Erikson, tratta della “fiducia primaria o ontologica” nell’altro come punto di partenza dell’interdipendenza Ego-Alter. Dalla sua analisi del ruolo delle interazioni (2012), emerge come la dimensione sociale e dialogica sia ontologicamente connessa con il *self*.

Ricucire il tessuto sociale: riferimenti legislativi e pratiche di mediazione dei conflitti

E’ particolarmente rilevante sottolineare, come già avevamo accennato, come nella pratica di mediazione e nel paradigma della giustizia riparativa acquistino un ruolo fondamentale le considerazioni e le domande relative alla vittima che nelle forme di giustizia retributiva e terapeutico-rieducativa erano praticamente irrilevanti, quando non del tutto assenti (VEZZADINI, 2006).

Si trattava piuttosto di neutralizzare la vittima e la sua forma di vendetta privata, anziché considerarla nel suo vissuto e nella sua sofferenza; oppure di risarcirla in termini economici, secondo una prospettiva che colloca all’interno di una considerazione di razionalità economicistica tanto il reato, visto dal reo come conveniente, quanto la sua riparazione.

Secondo la Raccomandazione 19 del Consiglio d’Europa la Giustizia Riparativa (*Restorative Justice*)

è il procedimento in cui la vittima, il reo e/o altri soggetti o membri della comunità lesi da un reato partecipano attivamente insieme alla risoluzione della questione emersa dall’illecito, spesso con l’aiuto di un terzo equo e imparziale.

Della posizione della vittima nel procedimento penale si occupa l’art. 13 della Decisione Quadro del Consiglio dell’Unione

Europea, 15 marzo (2001/220/GAI). Questi elementi sono presenti anche nei *Basic Principles on the use of restorative justice* – ONU 2000/2002, secondo i quali:

his approach provides an opportunity for victims to obtain reparation, feel safer and seek closure; allows offenders to gain insight into the causes and effects of their behaviour and to take responsibility in a meaningful way; [...] the victim and the offender, and, where appropriate, any other individuals or community members affected by a crime, participate together actively in the resolution of matters arising from the crime, generally with the help of a facilitator. Restorative processes may include mediation, conciliation, conferencing and sentencing circles. [...] criminal justice officials should endeavour to encourage the offender to take responsibility vis-à-vis the victim and affected communities, and support the reintegration of the victim and the offender into the community.

La Giustizia Riparativa agisce come un ago per ricucire quello che si è rotto; si prende cura degli effetti del conflitto sugli autori di reato, le vittime, le vittime secondarie, come i famigliari delle vittime e degli autori di reato per ricreare nella comunità quel clima fiduciario lacerato dal reato. Nel difficile percorso della mediazione, come strumento della Giustizia Riparativa, si svolge un incontro diretto fra le persone in conflitto. Si realizza così uno spostamento del senso di responsabilità, non più verso una norma, lo stato come ente

astratto, o la responsabilità “per qualcosa”, ma direttamente verso la persona offesa dal reato, nella sua concreta presenza e individualità. Come afferma Ceretti (1996, p. 204),

noi mediatori non parliamo più di responsabilità verso un reato, ma responsabilità verso qualcuno. Per il colpevole la vittima è ‘cosificata’, resa un oggetto. Fino a quando non riuscirà a vedere nella sua vittima una persona, non riuscirà a sentirsi responsabile del suo crimine.

Nelle forme tradizionali del processo penale la vittima viene neutralizzata e non compare nella sua concretezza, umanità e sofferenza nel momento in cui viene commesso il reato e negli effetti successivi, tanto fisici e materiali, quanto, soprattutto psicologici. Esclusa e allontanata, continua a non esistere nel procedimento penale successivo e non ottiene riparazione simbolica della sua dignità. Manca il suo riconoscimento e vive in solitudine la sua sofferenza. Dall’attenzione al reo, qualunque sia il tipo di approccio nei suoi confronti, si passa a un modello relazionale reo-vittima.

Nei casi di mediazione spesso la vittima è un anziano e il reo un minore. L’essere vittima di un reato può accentuare il senso d’impotenza nella persona anziana, già alle prese con un difficile processo di ridefinizione della sua identità a fronte di limitazioni crescenti. In genere ogni situazione di conflitto, che si connette a un’ideale di giustizia e di diritti negati, costringe chi si sente in una posizione di negazione a un impegno per vedersi riconosciuto nella sua dignità e per non vedere negati i suoi valori e la sua fiducia nella società (PALMONARI; EMILIANI, 2014, p. 55). Questo affida un ruolo fondamentale e una grande responsabilità alla figura dei mediatori dei conflitti. In misura

e con intensità differenti, l'offesa, il furto, l'atto violento, costituiscono eventi traumatici con profondi effetti e disturbi post-traumatici (PTSD, *Post Traumatic Stress Disorder*).

Le esperienze concrete di mediazione mostrano che per la vittima, anche quando non se la sente di partecipare fisicamente all'incontro con l'autore di reato, è importante sentir riconosciuta la sua sofferenza, il suo essere persona. Così per l'autore di reato è importante veder riconosciuti i suoi cambiamenti, prendere consapevolezza della concretezza della persona danneggiata, il volto dell'altro, direbbe Lévinas, potersi scusare, anche con una lettera; diviene così possibile una nuova narrazione di sé socialmente accettata, volta al futuro.

Morineau (1998), fondatrice della mediazione umanistica, sostiene che la essa si strutturi in modo analogo alla tragedia seguendo tre fasi: la *theoria*, la *Krisis* e la *Catharsis*. Nel suo svolgersi si fa carico della sofferenza delle persone in conflitto e rompe il ciclo della vendetta, che genera nuova violenza, permettendo alle persone di raccontare il loro vissuto, di ascoltare quello dell'altro, aiutando a fare una narrazione che trasformi le persone e il loro rapporto, riattivando la comunicazione bloccata, ancorata a un passato non risolto, per aprirla al futuro. Lo 'spirito della mediazione', come recita il titolo del suo testo, non costituisce solo un'affermazione di principio, animata di buone intenzioni, ma può diventare diffusa ed efficace pratica sociale, come dimostrano le esperienze compiute in tal senso. Questo richiede un'operazione di diffusione e di vera e propria educazione, un percorso di formazione per i mediatori, un processo d'istituzionalizzazione e di riconoscimento formale (SCAPARRO, 2001).

L'educazione, secondo esperienze compiute, si opera già dalle scuole, dove una cultura della mediazione dei conflitti

e un'educazione alle emozioni, permette di evitare forme di violenza, di stigmatizzazione, di bullismo e cyber bullismo. A livello sociale più generale si pone il compito di ricercare come si formano le rappresentazioni sociali della violenza e della giustizia, di rendere consapevoli delle emozioni in atto rispetto alla minaccia e alla violenza e alle forme di un suo possibile superamento che non possenga solo caratteri emozionali. La formazione di mediatori, date le premesse e l'attenzione alla relazione e agli aspetti complessivi della persona, non possiede un carattere esclusivamente tecnico o giuridico, quanto un carattere empatico nella capacità di sentire le emozioni e i vissuti delle persone in conflitto per aiutarle a trasformare i loro aspetti distruttivi.

Per quanto riguarda gli aspetti giuridici, nella legislazione italiano sono presenti passi che aprono alla mediazione e fanno riferimento alla giustizia riparativa, in particolare nel codice di procedura penale per i minori (D.P.R. 48/88). Anche gli aspetti istituzionali sono rilevanti per riconoscere le pratiche di mediazione e stabilire procedure, tempi e luoghi, come centri a sostegno della vittima (*victim support*) e uffici polifunzionali di giustizia riparativa che la rendano diffusa e stabilmente radicata nel territorio.

SOCIALIZZARE E RISOCIALIZZARE: IL WELFARE DI COMUNITÀ

Più in generale, la RJ s'inserisce nell'insieme delle pratiche di risocializzazione; interviene dopo che il tessuto sociale è stato lacerato da azioni contrarie al rispetto della dignità della persona, fino a gradi diversi di azioni violente, e cerca di riparare, ricucire. In un'ottica preventiva e più generale tutti

i processi di risocializzazione, di welfare di vicinato, d'inneramento progettato e coordinato di pratiche socializzanti nella comunità, tolgono l'individuo isolato dal suo rapporto con un mondo minaccioso, dalle sue paure.

Per usare l'efficace espressione di P. Bourdieu, si fa ricorso alla mano destra dello stato e non alla sua mano sinistra, quella che cerca di creare le condizioni che prevengono il processo di violentizzazione e di criminalizzazione, rendendo possibile una vita umanamente più ricca, piuttosto che reprimere il crimine *post factum*. Ceretti e Cornelli (2013, p. 225) citano quale esperienza particolarmente significativa per rinsaldare il senso di appartenenza a una comunità l'orchestra giovanile allestita dal maestro Abreu. Nelle parole del maestro Claudio Abbado

la povertà più grande non sta nel non avere un pezzo di pane o un tetto, ma nell'essere un individuo isolato, che non fa parte di nessuna comunità e che non ha obiettivi. In una parola, nell'essere 'nessuno' [...] In Venezuela ora la musica è un bene comune come l'acqua. Il suo [di Abreu] sogno è quello di un Paese di umanisti e di musicisti dove la gente possa assumere dignità attraverso la forza dell'arte.

Il Welfare di comunità costruisce percorsi diversi di securizzazione, coinvolgendo attivamente le persone; costituisce risposte diverse e più efficaci di al bisogno di sicurezza e alla paura. Per gli anziani, che già vivono in modo particolare fenomeni sociali di emarginazione e isolamento, si tratta di nuovi paradigmi di sicurezza: puntare su forme di cittadinanza attiva e su politiche securitarie non vissute

in modo passivo, essere coinvolti direttamente in ruoli di mediazione sociale e in reti di relazioni, vedere i luoghi abitativi come più compartecipati. Si tratta di creare le situazioni sociali che permettano di sentirsi parte di una comunità. Non la “solitudine del cittadino globale” e del cittadino anziano, ma la risocializzazione, il welfare di comunità, la socializzazione dei servizi di cura con forme di partecipazione attiva e non solo come passiva fruizione di servizi da parte dei cittadini; a titolo di esempio, nel caso italiano può essere portato il *Welfare di tutti* progettato dal comune di Milano.

REFERÊNCIAS

ALLEN, F. A. **The Decline of the Rehabilitative Ideal**. New Haven: Yale University Press, 1981.

ATHENS, L. **The Creation of Dangerous Violent Criminals**. Urbana: University of Illinois Press, 1993.

BAUMAN, Z. **La solitudine del cittadino globale**. Milano: Feltrinelli, 2000.

_____. **La società sotto assedio**. Roma-Bari: Laterza, 2003.

BORGNA, E. **La fragilità che è in noi**. Torino: Einaudi, 2014.

CERETTI, A. Presentazione. In: GARLAND D. **La cultura del controllo: crimine e ordine sociale nel mondo contemporaneo**. Milano: Il Saggiatore, 2004.

_____. Mediazione, una ricognizione filosofica, In: PICOTTI, L. (Ed.). **La mediazione nel sistema penale minorile**. Padova: CEDAM, 1996.

CERETTI, A.; NATALI, L. **Cosmologie violente**. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2009.

CERETTI, A.; CORNELLI, R. Sicurezza. In: **Sinistra senza sinistra: idee plurali per uscire dall'angolo**. Milano: Feltrinelli, 2008.

_____. **Oltre la paura: cinque riflessioni su criminalità, società e politica**. Milano: Feltrinelli, 2013.

CERETTI, A.; DI CIÒ, F.; MANNOZZI, G. Giustizia Riparativa e Mediazione Penale: esperienze e pratiche a confronto. In: SCAPARRO, F. (Ed.). **Il coraggio di mediari: contesti, teorie e pratiche di risoluzioni alternative delle controversie**. Milano: Guerini e Associati, 2001. p. 307-356.

CONTARELLO, A. Representações sociais e o mundo da ciência, tecnologia e vida cotidiana. In: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V. (Ed.). **Contribuições para a Teoria e o Método de Estudo das Representações Sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2007. p. 203-222.

DESCHAMPS, J. C.; MOLINER, P. **A identidade em psicologia social: dos processos identitários às representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2009.

DOISE, W.; ELCHEROTH, G. Rappresentazioni, meta sistemi e identità. In: PALMONARI, A.; EMILIANI, F. (Ed.). **Psicologia delle rappresentazioni sociali**. Bologna: Il Mulino, 2014. p. 41-63.

FONTANA, C. Riflessività e interazione: le ricerche sull'identità tra modelli epistemologici e orizzonti filosofici. In: FASOLA, C. (Ed.). **L'identità, l'altro come coscienza di sé**. Torino: UTET, 2005. p. 279-302.

FOUCAULT, M. **Sorvegliare e punire**. Torino: Einaudi, 1976.

GARLAND, D. **La cultura del controllo: crimine e ordine sociale nel mondo contemporaneo**. Milano: Il Saggiatore, 2004.

GOFFMAN, E. **Stigma, Identità negata**. Bari-Roma: Laterza, 1970.

_____. **Asylum**: le istituzioni totali e i meccanismi della violenza. Torino: Einaudi, 2003/1961.

HARBERS, H.; MOL, A.; STOLLMEYER, A. Food Matters Arguments for an Ethnography of Daily Care. **Theory Culture Society**, Thousand Oaks, v. 19, n. 207, 2002.

HONNETH, A. **La lotta per il riconoscimento**. Milano: Il Saggiatore, 1992/2002.

KUHN, T. **La struttura delle rivoluzioni scientifiche**. Torino: Einaudi, 1978/1961.

MARKOVÁ, I. Dialogicità e conoscenza. In: PALMONARI, A.; EMILIANI, F. (Ed.) **Psicologia delle rappresentazioni sociali**. Bologna: Il Mulino, 2014. p. 211-252.

MORINEAU, J. **Lo spirito della mediazione**. Milano: F. Angeli, 1998.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son publique**. Paris: PUF, 1976/1961.

_____. (Ed.). **La relazione con l'altro**. Milano: Cortina, 1997.

_____. Saggio sulle rappresentazioni sociali e le minoranze etniche. In: GALLI, I. (Ed.). **Cinquant'anni di rappresentazioni social**: bilanci e prospettive di una teoria in continuo divenire. Milano: Unicopli, 2012. p. 147-172.

ONU 2000/2002. **Basic Principles on the use of restorative justice**.

PALMONARI, A.; EMILIANI, F. (Ed.). **Psicologia delle rappresentazioni sociali**. Bologna: Il Mulino, 2014.

REVELLI, M. **La politica perduta**. Torino: Einaudi, 2003.

RICOEUR, P. **Sé come un altro**. Milano: Jaka Book, 1993.

SALVINI, A. **Psicologia clinica**. Padova: Domeneghini Editore, 2004.

SCAPARRO, F. (Ed.). **Il coraggio di mediare**: contesti, teorie e pratiche di risoluzioni alternative delle controversie. Milano: Guerini e Associati, 2001.

TODOROV, Z. **Memoria del male, tentazione del bene**. Milano: Garzanti, 2001.

TRAVERSO, E. **Il secolo armato**. Interpretare le violenze del Novecento. Milano: Feltrinelli, 2012.

VEZZADINI, S. **La vittima di reato**. Bologna: Clueb, 2006.

VOLPATO, C. **Deumanizzazione**: come si legittima la violenza. Roma-Bari: Laterza, 2011.

VON HENTIG, H. **The Criminal and its victim**. New York: Schocken Books, 1979.

WAGNER, W. Conhecimento vernacular da ciência na vida cotidiana: Por que razão as pessoas querem saber algo sobre a ciência?. In: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V. (Ed.). **Contribuições para a Teoria e o Método de Estudo das Representações Sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2007. p. 131-152.

PARTE II

**REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS E SAÚDE**

CAPÍTULO 11

LE SAVOIR EXPÉRIENTIEL DES PATIENTS, SON STATUT ÉPISTÉMOLOGIQUE ET SOCIAL

DENISE JODELET

(École des Hautes Études en Sciences Sociales/Fondation
Maison des Sciences de l'Homme, France.)

INTRODUCTION

L'histoire actuelle du champ de la santé est marquée par des transformations profondes qui affectent aussi bien les définitions officielles de la santé que les objectifs assignés aux institutions de santé ou les relations entre soignants et soignés, en raison de la place nouvelle reconnue à ces derniers, à leur participation et leur expérience. Cette situation confère à l'étude des représentations sociales une pertinence particulière; en ce qu'elle permet de prendre en considération le rôle de la culture et des valeurs, l'articulation entre connaissances savantes et profanes (MOSCOVICI, 1976, 2013), ainsi que le sens assigné à la gestion des états pathologiques par les malades et leur entourage, en raison de leurs investissements cognitifs, affectifs et sociaux. Dans ce qui suit, j'examinerai successivement: l'émergence de la reconnaissance du savoir expérientiel des malades; les conditions de cette émergence; ses corrélats épistémologiques; les cadres de son analyse.

LA RECONNAISSANCE DU SAVOIR EXPÉRIENTIEL DES MALADES

L'évolution observée dans le champ de la santé résulte d'un double mouvement: le changement des conceptions relatives à la santé et l'intervention active des malades et de leur entourage. Selon Le Breton (2005), le développement de la science et des techniques médicales avait entraîné, jusqu'au milieu du XX^e siècle, une tendance à la réification du corps, devenu une collection d'organes à traiter, et une perspective purement biomédicale où la prise en charge concernait plus la maladie que la personne malade. Un mouvement d'humanisation s'est dessiné à partir des années 1970. Dans un premier temps, dépassant le modèle purement biologique offert par la médecine, on a introduit la prise en compte des facteurs psychologiques, puis tenté d'intégrer le jeu des facteurs sociaux avec le modèle "bio-psycho-social". Les critiques de ce modèle (MORIN, 2004) en ont souligné l'orientation résolument individualiste, linéaire et statique, la réduction du social à une série de facteurs externes et le privilège accordé au traitement quantitatif de variables fragmentées, au détriment d'une approche qualitative et compréhensive. Ces critiques ont débouché sur l'élaboration d'une perspective centrée sur les aspects psychosociaux de la construction du rapport à la maladie (APOSTOLIDIS; DANY, 2012) ainsi que sur la prise en compte de la culture et celle du corps.

Dans l'ordre du soin, les insuffisances du modèle biomédical ont été compensées avec les techniques d'écoute et d'accompagnement. L'implication et l'information des patients se sont aussi avérées nécessaires. Elles furent bénéfiques en favorisant l'adhésion aux traitements, un consentement "éclairé". Mais ce fut l'apparition du sida et du mouvement des personnes

atteintes qui a véritablement instauré la figure d'un patient actif et réformateur, désignant les insuffisances du système de santé pour faire face à de nouvelles problématiques, participant aux processus d'organisation et aux choix d'orientations en santé publique, et conférant aux associations de malades un rôle dans les politiques de traitement et d'usage des médicaments, faisant appel au soutien de l'opinion publique.

Ces organisations militantes ont permis aux malades de prendre la parole et d'occuper une place reconnue dans le système de santé. Elles ont favorisé l'instauration de la "démocratie sanitaire". Celle-ci a établi pour les patients une série de droits (à l'information, au consentement éclairé, à participer au fonctionnement du système de santé); elle a accordé un rôle décisif aux associations d'usagers, et a institué les principes d'une éducation sanitaire. Il en est résulté de profonds changements dans le champ de la santé, entérinés par les pouvoirs publics, ainsi qu'une plus grande considération des représentations et des savoirs des patients. Ainsi, en 1998, l'Organisation mondiale de la santé en vient à promouvoir l'éducation thérapeutique des patients, leur reconnaissant un droit d'accès aux savoirs médicaux et une compétence particulière dans la gestion de leur maladie. En France, la loi "Hôpitaux, patients, santé et territoires" (HPST) de 2009, préconise des actions d'éducation, d'accompagnement et d'apprentissage, ayant pour objet d'améliorer l'observance et la qualité de vie des patients.

Jusqu'à il y a peu, la plupart des définitions de l'éducation thérapeutique ont été centrées sur une vision préventive, aujourd'hui en voie de dépassement et inadaptée lorsqu'il s'agit de la déployer en direction de publics "déjà maladies" ou en situation de chronicité et de soins palliatifs. Cette vision posait la

validité de la pure transmission d'informations au service d'une régulation sociale des dépenses de santé et d'une politique de responsabilisation des malades. Elle est battue en brèche par le développement récent de tout un courant qui s'inspire des modèles soulignant la dépendance des savoirs par rapport aux positions occupées par les acteurs, à leurs intérêts et leurs buts, dans des contextes sociaux et culturels spécifiques.

Cette perspective qui tend à s'imposer et à se généraliser (JOUET; FLORA; LAS VERGNAS, 2010) invite à tourner l'attention non plus vers les producteurs de la science, mais vers ses utilisateurs qui se les approprient en êtres pensants et en êtres corporels, et les transforment en savoirs, connaissances, opinions, représentations, leur permettant d'opérer une mise en œuvre optimale de leurs soins. Du côté des patients, l'accent est mis sur les savoirs expérientiels qui se construisent à partir du vécu de la maladie et des ressources mobilisées pour le maintien de soi en vie (TOURETTE-TURGIS, 2010). Ce type de savoir peut être transmis par celui qui le détient à d'autres malades pour les aider dans l'affrontement de la maladie.

Ainsi, le savoir expérientiel qui a longtemps été relégué à l'arrière-plan des recherches en psychologie de la santé, ou des modèles scientifiques de la connaissance médicale, est devenu un élément essentiel des conduites sanitaires (FLICK, 1992). Plus, comme le souligne Massé (1995), cet ensemble de savoirs constitue un "véritable système culturel parallèle" qui ne peut être réduit à un sous-ensemble de connaissances médicales. En effet, s'il intègre des éléments du savoir scientifique dominant, son propre bagage de croyances en fait un savoir authentique.

CONDITIONS D'ÉMERGENCE DU SAVOIR EXPÉRIENTIEL

La reconnaissance du savoir des malades s'impose désormais comme un "fait social" (JOUET, 2014) et constitue une nouvelle donne sociale, qui a des répercussions sur les positions institutionnelles (JOUET; FLORA; LAS VERGNAS, 2010; JOUET; LAS VERGNAS, 2012). Cette reconnaissance tient à plusieurs évolutions.

1. Celle des relations entre soignants et soignés avec l'émergence de la "démocratie sanitaire", déjà mentionnée.
2. Celle des préoccupations éthiques dans la prise en charge de personnes vulnérables, avec le mouvement du "care" qui s'accompagne, dans les sciences humaines et sociales, d'un changement d'optique mettant en exergue le caractère éthique et politique des conditions, droits et formes de la participation et du lien social (MOLINIER; LAUGIER; PAPERMAN, 2008). Cette conjoncture modifie les cadres de la réflexion dans le domaine sanitaire, ne manquant pas de remettre en cause les rapports sociaux qui s'y nouent comme les modèles d'approche des relations entre savoir savant et savoir profane.
3. Celle des progrès techno scientifiques induisant un nouveau style de lien social, la "biosocialité" (RABINOW, 2010). Selon cet auteur, le développement des domaines d'intervention technoscientifique sur le vivant, modifie les formes de savoir et transforme, par la connaissance technologique, les objets à connaître. Les pratiques de la vie apparaissent désormais comme "le champ actuel le plus puissant pour la promotion de nouveaux savoirs et de nouveaux pouvoirs" (RABINOW, 2010, p. 23). Élargissant la notion foucaldienne de "bio-pouvoir", Rabinow introduit

celle de “biosocialité” qui, résultant de la combinaison des évolutions technologiques et des événements pathologiques, produit de nouvelles subjectivités et de nouvelles identités collectives. Les corps, situés en un temps et en un lieu donné, se rapportent biologiquement de manière nouvelle à eux-mêmes et en relation à autrui et au temps. Le partage du savoir sur le vivant devient une médiation permettant aux groupes de malades de devenir actifs et d’instaurer par l’association, l’échange sur les expériences, les modifications des formes de vie, de nouvelles identités individuelles et collectives et de nouveaux espaces publics.

4. Celle de l’émergence de la corporéité dans le champ de la santé, avec la prise en considération des dimensions émotionnelles et corporelles de la connaissance (JODELET, 2014). Ainsi, après avoir évacué le corps de l’espace de la réflexivité avec les conséquences que l’on sait sur la construction médico-sociale de la personne malade, traitée comme “porte-organes” ou encore transformée en “Homo Medicus”, rationnel et calculateur (PERETTI-WATEL; MOATTI, 2009), a-t-on commencé à s’intéresser au corps lui-même où va opérer la maladie. La contribution de penseurs comme Merleau-Ponty (1945), Mary Douglas (1970), Susan Sontag (1979, 1989), a largement favorisé à ce renversement du regard qui fait du corps un vécu, “un signifiant ultime”, informé par les cadres et les codes sociaux, sensible aux évolutions culturelles et historiques modifiant son image et sa connaissance. D’autant qu’aujourd’hui, le corps est explicitement référé dans les modèles de l’ “incorporation” (“embodiment”) comme le médium qui permet de situer socialement la connaissance

(HARAWAY, 1991). Divers auteurs proposent de nouvelles directions pour une sociologie cognitive et culturelle s'appuyant sur les théories du "savoir incorpore" (IGNATOW, 2008) ou posent que toute théorie de la signification ou de la raison doit prendre en compte le corps (JOHNSON, 1987). Arrêtons-nous un instant sur la notion d' "embodiment", d' "incorporation" qui est entendue dans divers sens. Elle renvoie, pour certains, au fait que les dimensions significantes et les savoirs inscrits dans les pratiques corporelles, socialement réglées, constituent un élément déterminant dans la façon dont les sujets abordent leur expérience. Elle est, pour d'autres, le résultat de la base gestuelle des activités corporelles qui va fournir à la pensée ses cadres métaphoriques. Elle met aussi en jeu la vie affective des sujets et c'est là que les émotions vont se voir concéder un rôle important dans la formation de leurs façons d'être, de faire, de voir et de penser. Quelles qu'elles soient, ces perspectives modifient les approches de la psychologie de la santé, en ce qu'elle permettent de dépasser un ancrage purement biomédical en

5. articulant le développement émotionnel et sensori-moteur avec le social et le psychologique dans l'expérience de la maladie (SANTIAGO-DELEFOSSE, 2011)
6. Dernier facteur fondant la reconnaissance du savoir expérientiel: la part que joue la subjectivité dont le corps est le support, et qui se trouve irréductiblement impliquée dans l'expérience de la maladie. C'est ce qu'a été souligné Canguilhem quand il s'interrogeait sur la possibilité de guérison (1978, p. 55):

Le malade est un Sujet, capable d'expression, qui se reconnaît comme Sujet dans tout ce qu'il ne sait désigner que par des possessifs: sa douleur et la représentation qu'il s'en fait, son angoisse, ses espoirs et ses rêves. Alors même qu'au regard de la rationalité on décèlerait dans toutes ces possessions autant d'illusions, il reste que le pouvoir d'illusion doit être reconnu dans son authenticité. Il est objectif de reconnaître que le pouvoir d'illusion n'est pas de la capacité d'un objet. Il est impossible d'annuler dans l'objectivité du savoir médical la subjectivité de l'expérience vécue par le malade... Cette protestation d'existence mérite d'être entendue, alors même qu'elle oppose à la rationalité d'un jugement bien-fondé la limite d'une sorte de plafond impossible à crever.

Dès lors dans l'examen du rapport au savoir, il faudra distinguer entre ce qui renvoie à la connaissance et ce qui renvoie à la pensée qui se déploie à partir de notre expérience concrète, et y déceler le jeu d'une liberté. Ce constat et cette revendication de liberté sont à la base de toutes les protestations contre les impositions du système de santé, les mesures de contrôle et de prévention et les prescriptions de santé publique.

IMPLICATIONS ÉPISTÉMOLOGIQUES DE LA RECONNAISSANCE DU SAVOIR EXPÉRIENTIEL

Une telle situation appelle un examen des transformations intervenues dans les modèles de l'articulation entre savoir savant et savoir profane, savoir scientifique et savoir de sens commun, savoir théorique et savoir pratique (JODELET, 2014). Elle constitue également un terrain favorable pour approcher le rôle de la subjectivité dans la rencontre entre ces différents savoirs.

Le mouvement dont je viens d'esquisser les grandes lignes, est en consonance avec les préoccupations épistémologiques qui sous-tendent les réflexions sur le partage du savoir que l'on situe dans un espace de "réflexivité et d'agentivité sociale et politique" ayant pour principe une "tension entre science, pouvoir et démocratie" (DELORY, 2013). La possibilité pour le "profane" ou le citoyen d'être partie prenante dans les décisions qui le concernent revient à poser la légitimité et la reconnaissance des savoirs qui ne se situent pas dans le champ des connaissances et compétences scientifiquement constituées ou idéologiquement fondées. À travers la revendication de la validité d'un savoir expérientiel, c'est celle de tous les savoirs autres que l'on affirme en regard des formes hégémoniques de savoirs.

J'ai rappelé (JODELET, 2014) que l'approche des représentations sociales impliquait le renversement d'une vision verticale du rapport entre savoir scientifique et savoir de sens commun. Cette perspective trouve un écho dans toutes les contributions épistémologiques des études alternatives ("cultural studies, gender studies, science studies, subaltern studies, colonial et post colonial studies", etc.) qui proposent une approche

horizontale du rapport entre les différents savoirs, sous forme d'hybridation ou de partage au sein d'une vie commune.

Relevant de ces enjeux épistémologiques importants, l'approche des représentations sociales donne, en outre, les outils nécessaires à l'élargissement démocratique de la co-construction des savoirs. Sa mise en œuvre dans des situations concrètes, relevant du domaine de la santé, pourrait servir de guide pour traiter de la rencontre entre savoirs savants et profanes, expertise et citoyenneté, objectivation

scientifique et subjectivité, dans d'autres situations qui engagent l'expérience et la pratique des acteurs dans un espace social et culturel défini.

CADRE POUR UNE ANALYSE DES SAVOIRS CONSTRUITS PAR LES PATIENTS

Pour dépasser le seul point de vue de la formation des savoirs par transmission qui domine encore dans les modèles de l'éducation thérapeutique, il faut prendre en considération les contextes et les circonstances où ces savoirs sont forgés par les personnes concernées. À cette fin, on peut trouver un cadre heuristique dans conceptualisation proposée par Schutz (1987) sur les "provinces limitées de signification" qui renvoie à des sous-univers constituant des modes différents de réalité ayant chacun son style particulier d'existence. Schutz recourt à la notion de "province limitée de signification" parce que c'est la signification de nos expériences et non la structure ontologique des objets qui constitue la réalité. Ces provinces se rapportent à divers mondes intersubjectifs et sont caractérisées par des propriétés spécifiques: style cognitif, types de conscience, de spontanéité, d'expérience du moi, de socialité, de perspective

temporelle. Dans le champ de la santé, cela permet un examen circonstancié des relations entre les savoirs profanes et les savoirs savants dans le cadre de la relation thérapeutique et dans la construction d'une expertise d'expérience.

Néanmoins, la proposition de travailler sur des “provinces” de signification et de savoirs doit être enrichie, dans le cas de la maladie, par la dimension temporelle. L'expérience du sujet malade évolue en fonction des phases qu'il traverse depuis celle de la découverte de la maladie jusqu'à celle du vivre avec. Pour analyser cette expérience et le savoir qui en résulte, un modèle topologique n'est pas suffisant. Chaque phase suppose un arrangement différent du vécu, de la pratique, des relations intersubjectives, du rapport à l'environnement quotidien, au cadre et au mode de vie et à l'institution médicale, aussi bien qu'un aménagement différent des savoirs auxquels il est fait appel. Ce qui suppose l'intégration, dans une perspective de construction continue de l'expérience, de la dimension temporelle qui renvoie à l'histoire de la personne et à la façon dont l'événement “maladie” intervient dans sa biographie.

L'aperçu de la littérature en psychologie de la santé conduit à considérer de manière plus détaillée les moments où cette expérience de la maladie engage savoirs, connaissances et représentations dans la mesure où la personne affectée oriente sa conduite non seulement à partir de ce que lui permet de comprendre et de vivre son corps et des soins qu'elle lui apporte, mais aussi à partir des contributions des professionnels de santé, tout autant que de celles dispensées par son entourage proche, son milieu de vie, les média et les réseaux internet. Les diverses représentations qui, relevant des savoirs académiques, de la vulgate scientifique, du sens commun ou du capital culturel, circulent dans leur milieu, sont mobilisées par les individus

à la fois comme type de connaissance pour comprendre leur état et comme source de signification permettant d'interpréter l'expérience qu'ils vivent. Elles permettent de décoder les états corporels dans lesquels ils se trouvent et de qualifier les symptômes qu'ils éprouvent. Elles peuvent aussi fournir des systèmes explicatifs de leur état.

Une telle élaboration portée par les individus est étroitement liée:

1. à leur appartenance groupale qui a une incidence sur leur identité et leur rapport avec les membres d'autres groupes;
2. à leur insertion et leur condition sociale qui a une incidence sur les positions qu'ils adoptent vis-à-vis de leur monde de vie;
3. à la culture à laquelle ils appartiennent et qui fournit des outils et des ressources pour interpréter les situations qu'ils ont à affronter;
4. au milieu écologique dans lequel ils vivent et qui constitue un environnement normatif et impose ses contraintes matérielles;
5. aux communications sociales par lesquelles se transmettent les codes et les cadres permettant de construire leur réalité quotidienne, les images et les valeurs dont ils investissent les objets de leur monde de vie.

En résulte la complexité du savoir expérientiel où se mêlent des formes ou manières du connaître et du signifier qui se distinguent par les processus de leur production et de leur validation, la façon dont elles se rapportent à leur objet, tout autant que par leur usage et leur mode de communication dans les espaces de vie (vie quotidienne, travail, éducation, recherche,

etc.). D'où une pluralité de types d'information qui peuvent être convoqués pour comprendre et donner sens à l'expérience que traverse la personne malade. Ces types d'information peuvent ressortir à des savoirs traditionnels, profanes, pratiques, techniques, disciplinaires, scientifiques et être mis en œuvre sous forme des types de savoirs distingués dans le langage de la formation: "savoirs théoriques" et "savoirs d'action" ou encore "savoirs objectivés" et "savoirs détenus" (BARBIER, 1996).

L'évolution des modèles épistémologiques qui soulignent l'intrication entre les savoirs théoriques et les savoirs d'action éclaire la relation entre le savoir scientifique et le savoir de sens commun. Le premier donne une représentation de la réalité, et le savoir de sens commun ajoute à cette représentation les caractéristiques de l'action sur la réalité qui sont étroitement dépendantes de l'identité des sujets. Dans cette identité interviennent des facteurs subjectifs, positionnels et culturels. Nous avons là une conceptualisation qui nous permet de saisir l'importance conférée au savoir expérientiel et d'inclure dans l'analyse de ce dernier une pluralité de références ou d'emprunts qu'il convient de dégager pour mieux comprendre comment il en vient à devenir une "expertise d'expérience", transmissible et utilisable par les autres.

LES PHASES DE L'EXPÉRIENCE DE LA MALADIE ET LE JEU DES SAVOIRS

Compte tenu de la situation dont j'ai brossé à grandes lignes le tableau, comment vont dès lors se conjuguer les compétences relatives des soignants et des soignés, de quel savoir parle-t-on? Au moment de sa mise en place, l'éducation pour la

santé avait plutôt une finalité préventive tandis que les impératifs de l'éducation thérapeutique impliquaient

la prise en compte de la façon dont les malades vivent leurs traitements, voire leurs maladies; celle-ci a été identifiée par les infirmiers, les médecins et d'autres professionnels sanitaires et sociaux comme un moyen de mieux gérer la prise en charge thérapeutique (JOUET; FLORA; LAS VERGNAS, 2010, p. 31).

C'est donc l'amélioration de l'observance des traitements qui était alors visée, à laquelle ne sont pas étrangères des préoccupations économiques de la part des instances politiques. Mais elle a très vite correspondu également à l'intention de permettre à l'individu d'être acteur de sa santé. Cela a donné lieu à la mise en place de stratégies psychopédagogiques centrées sur les motivations, les modalités du faire face pour améliorer l'auto-gestion des malades, l'appropriation des compétences thérapeutiques en vue de les appliquer à soi-même ou de les transmettre aux autres en tant que "malade expert" ou "pair aidant".

Mais une telle expérience s'acquiert progressivement et il convient de dégager les différents jeux de savoir qui interviennent aux différents moments de cette expérience. Les moments distingués se rapportent à:

1. La découverte du mal, à partir du constat de symptômes qui engage une forme de savoir n'ayant, jusqu'à présent, pas fait l'objet d'étude approfondie. Peuvent y intervenir les connaissances liées aux savoirs vernaculaires ou traditionnels comme à ceux qui circulent dans les médias ou les échanges avec le milieu proche ou virtuel. Il y a là un

domaine décisif à développer pour prendre la mesure de la contribution des malades à la construction de leur devenir, au niveau individuel. Au niveau collectif, des progrès ont été faits dans ce sens par l'étude des cas où la participation des malades ou de leur entourage a conduit à identifier des maladies et contribuer activement, par leurs observations ou leurs revendications, à l'élaboration ou l'enrichissement des connaissances scientifiques et médicales.

2. La décision de consultation qui intervient après une période d'interrogation sur son état physique, d'auto-médication et de prise d'avis de l'entourage. Cette période met en jeu des attributions causales de type profane. La psychologie sociale fournit ici, avec ses théories de l'attribution, des outils conceptuels utiles pour comprendre la construction des savoirs expérientiels et l'interprétation des signes de maladie, la posture de contrôle que va adopter la personne malade.
3. L'identification du mal et son annonce par le médecin. Cette phase a plutôt fait l'objet d'approches cliniques en vue du soutien psychologique de la souffrance qu'elle induit. Mais il y aurait sûrement à approfondir le rôle que peut jouer la communication établie avec les soignants et accompagnants, l'entourage et les réseaux virtuels sur la situation et l'état que va affronter le malade.
4. L'être et le vivre en maladie. Il s'agit ici de la phase où le sujet malade affronte le mal qui l'atteint et invente un nouvel art de vivre. La psychologie de la santé a développé à ce propos les processus du "coping", le faire face, procédures d'ajustement psychologique et de maîtrise pragmatique. Mais peu d'attention a été portée aux valeurs et modèles sociaux qui viennent soutenir la posture du sujet.

SAVOIR EXPÉRIENTIEL ET THÉORIES SUBJECTIVES

Chacune de ces phases appelle une analyse particulière qui viendra fonder les interventions permettant aux malades de mieux l'affronter. Pour ce faire, je propose de recourir à une notion largement utilisée dans la tradition allemande de la psychologie de la santé, la notion de “théorie subjective” qui présente des affinités évidentes avec la notion de représentation sociale par le fait qu'elle renvoie aux savoirs et aux schèmes d'explication et d'interprétation qui sont forgés par les sujets et se reflètent dans les conduites (FLICK, 1992). Cette notion a été appliquée à divers contextes professionnels. Elle est préférée à d'autres désignations du savoir quotidien, telles que celles de “théorie naïve”, “théorie vulgaire”, “théorie profane”, qui comportent un caractère dépréciatif par comparaison avec des formes de savoir légitimées comme le savoir scientifique, technique, académique, médical, etc.

Ainsi que le rappelle Flick, la notion de théorie subjective comporte non seulement des dimensions cognitives, mais aussi des aspects émotionnels, évaluatifs et un caractère dynamique, évolutif. Elle revêt des fonctions importantes pour le positionnement de la personne face à son monde de vie. Elle aide à : 1) définir une situation et s'orienter face à un état de chose; expliquer et justifier des événements; 2) formuler de recommandations; 3) assurer la direction de l'action; 4) stabiliser et optimiser de sa propre valeur; 5) permettre au sujet de devenir expert dans certains domaines de sa vie.

Différant par leurs fonctions des théories scientifiques, les théories subjectives, n'en ont pas non plus la structure et ne sont pas toujours conscientes. Elles varient avec

les contextes et les affections, mais sont particulièrement mobilisées quand on est confronté à une maladie nouvelle pour vaincre la maladie et les appréhensions qui y sont liées. De ce point de vue, deux domaines prennent une particulière acuité: l'étude de la relation médecin-malade et celle du vivre avec la maladie.

La relation thérapeutique va être à l'origine de la confiance nécessaire au suivi et à la conduite des traitements. Elle a fait l'objet de nombreuses études en termes de rapports de rôle et de pouvoir. Elle peut aussi être abordée du point de vue de la rencontre des savoirs. À quelles conditions cette rencontre peut-elle s'opérer? Pour l'instant, il semble que l'on en soit seulement à un stade de bilan négatif. Ainsi, Canguilhem (1978) souligne la divergence des attentes chez le malade et le médecin. Un tel rapport va rendre difficile la coordination des points de vue. Par ailleurs, on relève, chez les médecins un recours à des représentations mobilisées pour diverses raisons comme l'existence de préjugés concernant le type de patient et d'affection ou l'adhésion à des principes moraux ou à des valeurs qui influent sur l'image qu'ils en ont. Intervient aussi le mépris dans lequel le malade est tenu, en raison de sa non-spécialisation ou, comme le rappelle Anselme Strauss (1992), parce qu'il est jugé "irresponsable", ou encore par suite de la position déshumanisée de "porte-organes" ou "porte-maladie" qu'induit le modèle biomédical. Peut également jouer le fait que les connaissances et les techniques médicales ne permettent pas de comprendre ou guérir la maladie, provoquant un retrait dans la relation avec le malade.

Cela entraîne des décalages entre la position du soignant et du patient. Plusieurs recherches menées sur les théories subjectives font apparaître que le malade, en quête de sens, ne recherche pas un savoir abstrait, mais des éléments

d'information nécessaires à comprendre la situation, l'état dans lequel il se trouve et à s'approprier les moyens d'assumer son autonomie dans l'administration de son traitement, voire des informations compensatoires quand il y a un sentiment d'insuffisances dans la connaissance du milieu médical ou par suite des déficits de communication liés au silence entretenu par le médecin ainsi qu'à sa difficulté à transmettre des informations trop spécialisées et à partager un langage commun. En dehors de l'insatisfaction provoquée par les carences de la relation, on observe aussi, dans certains cas de maladies, la construction d'une image du médecin marquée par la contestation en raison d'une maîtrise insuffisante des connaissances et des ressources techniques face à la maladie et de l'état de dépendance qu'il institue. On mesure alors l'importance d'une formation spécifique qui vise à sensibiliser, au moment des études, le corps médical à l'importance de prendre en considération la parole, le récit et la demande des patients, comme le montrent de nombreuses recherches. Cette formation se révèle d'autant plus efficace qu'elle est dispensée par des malades.

À l'être malade et au vivre la maladie correspond l'espace mental dans lequel va se construire le savoir expérientiel, que l'on ait tendance à réduire à un art de faire dans l'application des soins prescrits ou préconisés. Pour l'analyser, je propose de dessiner un cadre qui prenne en considération: le type de maladie concerné; les représentations sociales mobilisées pour l'aborder; les échanges intervenant au sein de la relation soignant/soigné; les échanges intervenant dans l'interaction avec l'entourage. Ces derniers peuvent être positifs par l'apport d'information et d'orientation de conduite, les attitudes de soutien, d'aide et de protection, ou négatifs par les phénomènes de stigmatisation et de jugement, mis particulièrement en évidence à

propos de la maladie mentale (GIORDANNA, 2010); et enfin, le contexte de vie des malades.

Le type de maladie concerné va mobiliser des savoirs et induire des attitudes qui diffèrent d'une maladie à l'autre, mais aussi d'un sujet à l'autre. On a ainsi remarqué que différentes postures ont été adoptées face à l'explication causale d'une même maladie.

Pour certains sujets la clarification de l'étiologie serait rassurante; pour d'autres, au contraire, elle entraînerait un certain malaise, moins en raison d'un sentiment de méconnaissance qu'en raison des implications personnelles qu'elles engagent, avec en arrière-fond l'idée de faute ou de responsabilité ou des craintes que soulève une origine génétique.

Dans l'explication des maladies, un modèle dominant a été dégagé par le psychosociologue américain Bishop (2000): le modèle prototypique. Il met en évidence une démarche cognitive utilisée pour comprendre la maladie nouvelle dont on souffre. On ferait appel à des connaissances qui apparaissent pertinentes pour comprendre le cas qui nous concerne. L'exemple le plus connu est celui des maladies contagieuses qui fait appel à des connaissances tirées des observations de la vie courante à propos de la grippe ou des maladies infantiles. Ce modèle a fonctionné à plein dans les débuts de l'épidémie du sida, induisant ce que l'on a appelé les "fausses croyances" qui ont été à la source de comportements aberrants et du renforcement des attitudes de discrimination. Dans le cas d'autres maladies, les élaborations sont plus complexes et devraient faire l'objet d'analyses spécifiques comme cela a été fait, par exemple pour les maladies rhumatismales ou le cancer.

L'étude de l'impact sur le savoir expérientiel résultant des représentations, des échanges avec l'entourage et du contexte

de vie ont fait l'objet de recherches ponctuelles ou ont servi de base à des interventions visant à la compréhension des difficultés rencontrées par les patients, de leurs stratégies de maintien en vie. En tirer des conclusions serait prématuré, car il n'existe pas de revue de ces travaux ou comptes-rendus d'intervention. D'une manière générale, il conviendrait de procéder à un inventaire exhaustif des résultats obtenus par les recherches menées sur les différentes phases de l'expérience de la maladie. Ceci permettrait de construire de nouveaux outils de compréhension et d'intervention.

CONCLUSION

Ce chapitre a tenté de brosser, à grands traits, le panorama d'un domaine nouveau de recherche et d'intervention dans le champ de la santé: le savoir expérientiel des patients et son incidence sur l'éducation thérapeutique et l'élaboration d'un savoir collaboratif en lien avec les soignants. Ce domaine présente des particularités importantes pour enrichir la réflexion sur la pratique et la portée de l'étude des représentations sociales.

Il est marqué par l'émergence de nouveaux modèles dans la conception et l'action en matière de santé; modèles fondés sur la reconnaissance des compétences et contributions des usagers du système de santé. Il s'inscrit de ce fait dans un mouvement de réflexion épistémologique sur les rapports entre savoir, pouvoir et citoyenneté qui concerne aussi les représentations sociales.

Son examen a une incidence pour l'étude des représentations sociales. Il en montre la pertinence quand il s'agit de rapporter l'interprétation des situations et l'orientation de l'action à la rencontre entre différents types de savoir où se

trouvent engagées des subjectivités situées dans des contextes définis. Il cerne la spécificité des lieux et conditions concrètes où les savoirs et représentations se combinent et interviennent. Partant, il dessine de nouvelles lignes et niveaux pour aborder la formation et les fonctions des représentations, ainsi que la dynamique et l'efficacité de leur fonctionnement. Il est à espérer que le détail des analyses qui viennent d'être présentées puisse servir à éclairer la réflexion concernant d'autres champs sociaux.

REFERÊNCIAS

APOSTOLIDIS, T, DANY, L. Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé : un regard des représentations sociales. **Psychologie Française**, Paris, n. 57, p. 67-81, 2012.

BARBIER, J. M. **Savoirs théoriques et savoirs d'action**. Paris: PUF, 1996.

BISHOP, G. D. Les prototypes de la maladie: nature et fonctions. In: PETRILLO, G. (Ed.). **Santé et société: la santé et la maladie comme phénomènes sociaux**. Lausanne: Delachaux et Niestlé, 2000. p. 45-66.

CANGUILHEM, G. Une pédagogie de la guérison est-elle possible? **Nouvelle revue de psychanalyse. L'idée de guérison**, v. 17, p. 13-26, 1978.

DELORY, C. Partager les savoirs, construire la démocratie. **Education permanente. Apprendre du malade**, n. 195, p. 37-46, 2013.

DOUGLAS, M. **Natural symbols: exploration in cosmology**. New York: Routledge, 1970.

FLICK, U. **La perception quotidienne de la santé et la maladie: théories subjectives et représentations sociales**. Paris: L'Harmattan, 1992.

GIORDANNA, J. Y. **La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale**. Paris: Masson, 2010.

HARAWAY, D. **Simians, Cyborgs and Women**: the reinvention of nature. New York: Routledge, 1991.

IGNATOW, G. Theories of embodied knowledge: new directions for cultural an cognitive sociology. **Journal for the theory of Social Behavior**, v. 37, n. 2, p. 115-135, 2008.

JODELET, D. À propos des jeux et enjeux de savoir dans l'Education thérapeutique des patients. In: JOUET`, E.; LAS VERGNAS, O.; NOEL-HUREAUX, E. **Nouvelles coopérations réflexives en santé**: de l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche. Paris: Editions des Archives Contemporaines, 2014. p. 50-76.

JOHNSON, M. **The body in the mind**. Chicago: The University of Chicago press, 1987.

JOUET, E. La reconnaissance des saviors des maladies: de l'émergence au fait social. In: JOUET`, E.; LAS VERGNAS, O.; NOEL-HUREAUX, E. **Nouvelles coopérations réflexives en santé**: de l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche. Paris: Editions des Archives Contemporaines, 2014. p. 9-20.

JOUET, E.; LAS VERGNAS, O. Les savoirs des malades peuvent-ils être regardés comme des savoirs amateurs? **Alliage, culture, science et technique**, Nice, n. 60, p. 136-150, 2012.

JOUET, E.; FLORA, L.; LAS VERGNAS, O. Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients: note de

synthèse. **Pratiques de formation Analyses**, Paris, v. 58-59, p. 13-94, 2010.

LE BRETON, D. **Anthropologie du corps et modernité**. Paris: PUF, 2005.

MASSÉ, R. **Culture et santé publique**. Montréal: Editions Gaëtant Morin, 1995.

MERLEAU PONTY, M. **La Phénoménologie de la perception**. Paris: NRF, Gallimard, 1945.

MOLINIER, P.; LAUGIER, S.; PAPERMAN, P. **Qu'est-ce que le care?** Souci des autres, sensibilité, responsabilité. Paris: Payot, 2009.

MORIN, M. **Parcours de santé**: des malades, des bien-portants et de ceux qui les soignent: comment intervenir pour modifier les conduites de santé et de maladie. Paris: Armand Colin, 2004.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris: PUF, 1976.

_____. **Le scandale de la pensée sociale**. Paris: EHESS, 2013.

PERETTI-WATEL, P.; MOATTI, J. P. **Le principe de prevention**: le culte de la santé et ses **dérives**. Paris: Seuil. La république des idées, 2009.

RABINOW, P. L'artifice et les lumières: de la sociobiologie à la biosocialité. **Politix**, n. 90, p. 21-46, 2010.

SANTIAGO-DELEFOSSE, M. An embodied-socio-psychological perspective in health psychology? **Social and personality psychology compass**, n. 5, p. 220-230, 2011.

SONTAG, S. **La maladie comme métaphore**. Paris: Le Seuil, 1979.

_____. **Le sida et ses métaphores**. Paris: Christian Bourgois, 1989.

SCHUTZ, A. **Le chercheur et le quotidien**: phénoménologie des sciences sociales. Paris: Meridiens Klincksieck, 1987. 286 p.

STRAUSS, A. **La trame de la négociation**: Sociologie qualitative et interactionnisme. Paris: L'Harmattan, 1992.

TOURETTE-TURGIS, C. Savoirs de patients, savoirs de soignants: La place du sujet supposé savoir en éducation thérapeutique. **Pratiques de formation**, p.137-154, 2010. Numéro Spécial.

TOURETTE-TURGIS, C.; THIEVENAZ, J. La reconnaissance du "travail" des malades: un enjeu pour le champ de l'éducation et de la formation. **Les Sciences de l'éducation – Pour l'Ère nouvelle**, v. 46, n. 4, p. 59-75, 2013.

CAPÍTULO 12

SABERES E PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE E RELAÇÕES COM A CLÍNICA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

MÁRCIA DE ASSUNÇÃO FERREIRA

RAFAEL CELESTINO DA SILVA

(Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil)

INTRODUÇÃO

O estudo do cuidado em saúde implica a abordagem dos sujeitos que dele participam e, nessa direção, problematiza-se o corpo do cliente como centro de interesse do cuidado, pois nele, objetivamente, o cuidado se materializa. O conceito de corpo abrange a expressão do sujeito, no tocante aos aspectos que constroem o sujeito social, e não somente como expressão de sua materialidade biológica.

Na consideração de que o cuidado em saúde e também o de enfermagem se constroem na relação entre profissional e cliente, importa estudá-lo à luz dos saberes desses dois sujeitos. Na clínica, ao profissional cabe executar ações/intervenções diretas no corpo do cliente, na intenção de cuidá-lo. Trata-se de um encontro de corpos que, quando gera constrangimentos, os dispositivos da “biologização e dessexualização” do corpo são evidentes, como também se observam estratégias de aplicação da ordem normativa institucional com exercício do poder disciplinar sobre o cliente (FERREIRA; FIGUEIREDO, 1997). O cliente também se utiliza de estratégias para se manter ativo e, em certa medida, autônomo, em condições que, em princípio, lhe parecem adversas.

Com o apoio teórico-metodológico das Representações Sociais e da Antropologia Interpretativa, referenciais que sustentam as pesquisas do Grupo “Representações e Práticas de Cuidado em Saúde e Enfermagem”¹, os comportamentos e as reações dos clientes às circunstâncias em que os cuidados lhes são prestados vêm sendo descritos e analisados na busca de evidências que contribuam para melhor compreensão do fenômeno do cuidado em saúde e de enfermagem. Percorrendo o contexto situacional imediato do cotidiano do cuidado de enfermagem voltado aos clientes, contrastam-se suas satisfações e descontentamentos face aos cuidados prestados e à existência de estratégias de autopreservação do corpo e da intimidade, por meio de práticas significantes e de relações de convivência entre clientes e profissionais. Os cuidados demandados e desejados pelos clientes se afastam da visão genérica e universal do atendimento da biologia dos corpos, ganhando lugar nos discursos dos clientes a necessária abordagem específica do cuidado, atenta às diferenças, principalmente de geração e gênero, corroborando resultados de pesquisas já realizadas pelo Grupo (FERREIRA et al., 2002).

Com tais resultados, a emergência do cuidado como um fenômeno relacional (FONTES; ALVIM, 2008; MENDES; CASTRO; FERREIRA, 2003; WALDOW, 1998) torna-se evidente, de modo que alguns conceitos aparecem como condições teóricas para sustentar as afirmações. Dentre estes, destacam-se: a interação, a subjetividade e a intersubjetividade, a bipolaridade: natureza/cultura, indivíduo/sociedade, biológico/social, conhecimento reificado/senso comum, objetivo/subjetivo, real/representado, técnica/expressividade.

¹ Cadastrado no Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq.

Tais bipolaridades, para serem mais bem compreendidas, implicam um esforço de complementaridade, dado o cuidado ser um fenômeno multifacetado, complexo, que, para ser problematizado e melhor elucidado, exige um movimento de convergência de vários campos, um terreno muitas vezes move-dição, que exige certa dinâmica do pensamento. A convergência dos campos da Enfermagem e da Psicologia Social, no interesse da Teoria das Representações Sociais e do Pensamento Sistêmico, contribui para formalizar pressupostos específicos que servem de fundamentos para explicar os atos de cuidar que se evidenciam nas práticas de saúde e, especialmente, nas de enfermagem.

CARTOGRAFIA DO CUIDADO

As representações sobre os cuidados e a observação das práticas culminaram em uma cartografia dos cuidados, que originou uma tipologia que permite classificar o que se realiza com os clientes no cotidiano da assistência, especialmente no campo hospitalar (FERREIRA et al., 2002). Essa tipologia gerou seis classes de cuidados: 1) restauradores e reabilitadores – cuidados relacionados ao tratamento da doença e que, de alguma forma, restauram a integridade e a atividade do corpo. Aparecem como condição de possibilidade para transformar o corpo-doente em um corpo-sadio; 2) mantenedores – mantêm a integridade corporal e o vínculo com a vida, importantes para a sobrevivência; 3) embelezadores – resgatam a feminilidade do corpo; 4) resgate da integridade pessoal: cuidados que garantem a privacidade; 5) resgate do sujeito social: integradores ao meio (localizados na dimensão interpessoal); e; 6) cuidados expressivos: localizados na

dimensão interpessoal, valorizam a humanização do cuidado e resgatam no sujeito a sua condição humana.

Essa tipologia evidencia sentidos do cuidado construídos em articulação com a vivência/experiência do cliente (sujeito) e também do enfermeiro (agente). Isso ocorre porque uma marca das tipologias, que perpassa as classificações dos cuidados, principalmente dos clientes, é, justamente, a questão da relação interpessoal/intersubjetividade. Essa relação impregna as representações sobre o cuidado hospitalar e ressalta a dimensão humana que alicerça as conceptualizações/representações sobre o cuidado, tanto por parte dos clientes como dos enfermeiros.

A compreensão da dimensão humana do cuidado se ampara em conceitos-chaves, tanto do campo da psicossociologia (principalmente com a aplicação do conceito de atitude, dimensão do afeto) quanto da antropologia (com a aplicação do conceito de cultura – como teia de significados elaborados pelo Homem) (GEERTZ, 1989). Nesse sentido, o conceito de ser humano, na hibridez dos dois referenciais, conforma-se como um ser ativo, criativo, produtor de conhecimento, ou seja, que constrói os significados dos objetos à luz da sua pertença cultural. Trata-se de um ser que está entre o social e o psicológico, cujo conhecimento que produz traz marcas da dimensão cognitiva e do afeto (dimensão intraindividual) (MOSCOVICI, 2012/1961).

Com base na tipologia apresentada, as dimensões técnicas e expressivas do cuidado se concretizam na ação entre humanos. Assim, o cuidado se caracteriza como:

1. Um encontro, objetivado no toque, no olhar, na escuta – a qualidade está na forma como o encontro ocorre – interação do profissional com o cliente – e no cultivo da relação humana no cuidado em saúde e de enfermagem.

2. Uma integração: dos clientes ao meio social do cenário de cuidado em que se encontram (hospital, ambulatório, unidade de saúde, domicílio). Por exemplo: conversar com os clientes (conversas de conteúdo lúdico), mantê-los informados, oportunizar o lazer no período da hospitalização para estimular a integração.
3. Uma linguagem: o cuidado pode se manifestar no toque, no carinho, na atenção, em uma forma de olhar, em uma postura de escuta atenta. Portanto, o cuidado viabiliza a comunicação entre humanos.
4. Uma rede de conversação: teia de troca de saberes, com conteúdos técnicos, populares, importantes para a ampliação do conhecimento; ações de estímulo à construção de saberes, de representações sobre o cuidado e outros aspectos afins que envolvem o encontro do profissional e seus clientes.
5. Uma tecnologia: intervenção terapêutica que articula conhecimento, técnica, comunicação e habilidades de interação humana, pois, sem se considerar as pessoas envolvidas no ato de cuidar, inexistente o cuidado.

Tais caracterizações indicam que o conceito de cuidado traz uma forte marca da dimensão interpessoal, que contribui para despertar o potencial do cliente para o cuidado de si, levando-o à aquisição de autoconfiança, movimentando as suas forças internas, canalizando seu potencial pessoal e energia na busca da sua reabilitação e/ou cura. Contribui para a instilação da fé e da esperança na cura e/ou reabilitação (WATSON, 2007, 2012).

A enfermagem, como arte e ciência do cuidado com o ser humano, considera a pessoa como sujeito-objeto partícipe do cuidado e este como objeto da prática e do saber da

enfermagem. A enfermeira, entendida como sujeito-agente do processo de cuidar, responsabiliza-se profissionalmente pelo cuidado, que expressa o saber formal da enfermagem.

Os contextos nos quais se inserem o sujeito-agente e o sujeito-objeto do cuidado são macro (social/cultural) e micro (espaço do ato). O enfoque dos saberes ocorre na interface do social e do psicológico e a intersubjetividade é destacada como espaço profícuo para a construção das relações e dos saberes/conhecimento dos sujeitos envolvidos na ação. O cuidado, abordado na sua vertente técnica, expressa o saber/conhecimento da enfermagem, sendo essa vertente necessária à ordem procedimental; na expressiva, traduz a relação face a face, sensível/humana-interativa.

INTERAÇÃO NO CUIDADO

À luz desses conceitos, o cuidado perpassa a intersubjetividade do cliente e do enfermeiro no processo interativo, evidenciando que a dimensão interpessoal é condição para que o cuidado ocorra. As bases teórico-conceituais de abordagem do cuidado expressivo são de natureza humanista, por vezes, existencial, trazendo, também, a abordagem sistêmica no alcance do curso das relações (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2009).

Esse delineamento evidencia a relação interpessoal como cerne no desenvolvimento do cuidado, visto que a interação profissional (enfermeira)/cliente é condição imprescindível para que o cuidado se efetive (CASTRO; MENDES; FERREIRA, 2005). Isso se faz nas situações de cuidado direcionado a clientes conscientes e inconscientes, pois se ampliam o entendimento de relação interpessoal e a interação para além da capacidade

de comunicação verbal, integrando a sensibilidade por meio do toque, da linguagem corporal e expressão facial no estímulo-resposta ao cuidado. Assim, é possível interagir com o cliente preservando o caráter relacional do cuidado, mesmo que ele não esteja em condições de se comunicar verbalmente ou esteja com a consciência comprometida. Isso ocorre porque, à luz dos conceitos aplicados, para que haja efetividade no cuidado, faz-se necessário compreender as respostas humanas e, portanto, emocionais às experiências singulares que os clientes manifestam para com os cuidados de enfermagem dos quais participam. Muitas vezes, tais respostas não são verbais, mas sim comunicadas por meio de comportamentos, gestos e atitudes, ou seja, respostas corporais significativas que exigem leituras objetivas, mas que também dependem da subjetividade do observador. Por essa razão, na abordagem do objeto cuidado, considera-se a intervenção técnica-instrumental, mas figura como maior interesse a intervenção expressiva, pois é na rede de relações que se estabelecem entre os sujeitos que está uma das faces da complexidade do cuidado.

Essa análise evidencia o domínio do saber e do sentir, na complexidade do cuidado de enfermagem que se constrói no encontro entre a objetividade técnica e a subjetividade da relação entre os sujeitos partícipes do cuidado (profissional enfermeiro e cliente). Situando o debate sobre o cuidado no campo hospitalar, ressalta-se que este se distingue pelas características próprias da rede de interações que lá se estabelecem. Nesse espaço, os sujeitos assumem condutas que os definem e os marcam socialmente num processo de reafirmação das suas identidades: constroem-se e reconstróem-se relações hierárquicas no cuidado do qual participam; no caso dos profissionais, nos cuidados que realizam, reforçando comportamentos de

obediência/subordinação. Não obstante, enfermeiras e clientes, em um dado espaço de cuidado, constituem e definem uma forma de convivência que se realiza como uma configuração especial de entrelaçamento da ação com a emoção de todos os partícipes do cuidado. Forma-se, portanto, uma rede de conversações constitutiva de uma cultura de cuidado, construída na intersubjetividade dos sujeitos que dela participam. Tal rede de conversação congrega as atividades e os afazeres humanos e, como tal, expressa a cultura que nos faz humano (MATURANA; VERDEN-ZÖLLER, 2004), sempre em interação.

O cuidado, como uma atividade humana e um “afazer” específico da enfermagem, se expressa em uma cultura pessoal-profissional que se constrói e se reconstrói na relação intersubjetiva que se estabelece entre a enfermeira e o cliente.

A relação intersubjetiva é abordada no sentido de focar as relações interpessoais, o campo da interação, congregando saber/conhecimento, ação, comunicação, atitude (entendida à luz da Psicologia Social) e técnicas corporais (à luz da antropologia) (MAUSS, 1974). Nesse sentido, a interação é um elemento central do cuidado, na medida em que a interação entre profissional e cliente se expressa por meio das formas de comunicação estabelecidas no cuidado (verbal e não verbal) e a qualidade de tais interações vem sendo analisada a partir da afeição² (JAPIASSU; MARCONDES, 2001) envolvida nos encontros de cuidado (traduzida pelo tom de voz empregado pelos sujeitos,

² Do latim *affectio*: maneira de ser, disposição; simpatia, estima. No pensamento filosófico, *afeição* significa mais ou menos “sentimento terno”, está ligado ao verbo *afetar*: comover, perturbar. Afetar significa exercer ação sobre uma coisa ou sobre alguém; e afeição é a modificação resultante dessa ação sobre aquela que a sofre. Em Psicologia, afeição designa um certo estado da sensibilidade; os sentimentos e as sensações são afeições (JAPIASSU; MARCONDES, 2001, p. 4).

pelas expressões corporais e faciais e, principalmente, pela interpretação que os próprios clientes atribuem ao encontro).

Essa reflexão conduz à proposição de que a “interação no cuidado” seja uma ação entre pessoas, traduzida em uma maneira de ser e de expressar disposição para cuidar (estar com o outro proporcionando beneficência), objetivada em atos que comportam a técnica (saber profissional – procedimental – instrumental) e a expressividade, associada a estados de sensibilidade. Com essa qualidade, sustenta-se o encontro da enfermeira e do cliente como meio que viabiliza o cuidado, podendo esse encontro ser considerado como o próprio cuidado, na sua vertente expressiva. A sensibilidade informa a receptividade humana sobre algo ou alguém e seus estados indicam o potencial de resposta que as pessoas envolvidas no encontro têm umas em relação às outras frente aos atos, podendo afetar de modo significativo o curso do processo de cuidar.

TÉCNICA, EXPRESSIVIDADE, INTERAÇÃO: BASES PARA SUSTENTAR UMA CLÍNICA DO CUIDADO

Uma diversidade de referenciais tem servido de guia para a abordagem da clínica na enfermagem, visando orientar a prática do enfermeiro (MATUMOTO et al., 2011). As pesquisas clínicas subsidiam o cuidado e o próprio cuidado serve de elemento para as pesquisas clínicas (SOUSA et al., 2011).

Na organização do saber da área, as práticas de cuidado na enfermagem seguiram um modelo rígido organizacional baseado nas técnicas, orientado por princípios científicos das ciências básicas, explicativos e justificativos para operacionalização do cuidado, sem perder de vista a economia do tempo

(capitalismo produtivista), da energia (aplicação da força motriz do corpo) e o conforto e bem-estar do paciente (resgatando o foco Nightingaleano nas finalidades do cuidado). O avanço do conhecimento da área da saúde, aliado aos investimentos em tecnologias, cada vez mais complexas, acelerou o movimento de incorporação dos saberes biomédicos às práticas da enfermagem. Isso fez com que a especialização profissional fosse cada vez mais requerida no campo da saúde, e o processo de formação se organizou para atender a essa demanda. Quanto mais especializada a prática, mais reforço se fez na abordagem centrada na especificidade do processo saúde-doença, havendo um afastamento paulatino da abordagem integral do ser humano. A enfermagem não ficou alheia a esse movimento e buscou, também, especializar suas práticas (CAPRA, 2006; SILVA; FERREIRA, 2008).

Os modelos assistenciais centrados na tecnologia e competência científica diminuem o contato com a pessoa e esse afastamento se apresenta como um paradoxo em face da ciência e da arte de cuidar da enfermagem, que tem no conceito de pessoa um dos metaparadigmas para orientar sua atuação e suas práticas (McEWEN; WILLIS, 2009). O movimento de tecnologização da saúde conduz à perda da confiança no potencial curativo da pessoa, mas o que fazer com o princípio Nightingaleano que diz que a enfermeira é o meio para ajudar o paciente a restituir suas forças vitais e alcançar a cura (*healing*)?

No campo da ciência positiva, o saber técnico-profissional é superior (porque é racional, científico e objetivo – dados clínicos). Atribui-se valor à objetividade e desprestigia-se a subjetividade. Valora-se o saber profissional, científico, e não se consideram os saberes populares, do senso comum. Esse modelo de valoração de saberes na clínica sustenta relações verticalizadas e autoritárias,

interdita o diálogo, o compartilhamento de saberes, a negociação, produzindo dependência do cliente ao profissional.

A efetividade e o sucesso da clínica pautada nesse modelo positivo (paradigma clássico) vêm da eliminação dos sintomas físicos da doença e da restauração da integridade material do corpo, com ênfase nos aparatos tecnológicos. A tecnologia desloca o olhar e a confiança da relação para a máquina – não fortalecendo o vínculo entre o profissional e o cliente. Quanto mais tecnologia (especialmente a dura), maior a possibilidade de precisão no diagnóstico, mais rapidez nos processos, no controle do tratamento, na agilidade da intervenção e também na segurança do cuidado de enfermagem.

A tecnologia é “mais”, é superlativa e isso aparece fortemente nas representações sociais de enfermeiros sobre seu fazer/suas práticas (SILVA; FERREIRA, 2009). Agrega valor à ciência e ao saber da enfermagem, aparece como um caráter distintivo do fazer da enfermeira, levando a formação de figuras-tipo representativas de poder nos cenários da prática da enfermagem – há um gradiente de classificação das enfermeiras que sustenta seu *status*, muito ligada ao volume e aprofundamento do saber e à resolutividade do cuidado.

A ciência e a arte de cuidar do outro, influenciadas pelos paradigmas da ciência (clássico e emergente), traduzem-se na prática em atos/operações que se materializam em técnicas procedimentais tanto clínicas quanto interativas e exigem produção de saberes em três grandes linhas:

1. Saber-fazer técnico (ciência): produção de conhecimento especializado, pesquisa clínica para criação de evidências, tecnologia e inovação com criação de dispositivos para o cuidado;

2. Saber-fazer empírico (experiência adquirida pelas enfermeiras no manejo concreto das situações): revisão, criação, experimentação e adaptação de processos que possam ser mais bem aplicados às práticas, propiciando melhor manejo das situações e alcance de resultados;
3. Saber-ser (relação-interação): interação sustentadora da relação de ajuda se constrói no cotidiano do encontro, das práticas de cuidado. Por esse viés, o cuidado é sob demanda e integra projetos terapêuticos singulares. Não é prescritivo-normativo, mas coconstruído e compartilhado.

No movimento de transformação das práticas de cuidado, há que se integrar o saber-fazer técnico com o saber-fazer empírico e o saber-ser, de modo que se rompa com a verticalização na saúde. A construção de “modos de ser saudáveis” se dá pelo envolvimento de todos os partícipes do processo no movimento do cuidado, que é dinâmico (FERREIRA, 2013).

O referencial da relação de ajuda que emerge na década de 1950 na construção de teorias de enfermagem e, posteriormente, a teoria do autocuidado de Dorothea Orem vêm a se contrapor a esses princípios, numa tendência de considerar que as práticas de cuidado de enfermagem devem levar à autonomia e à independência dos clientes. O plano é ético-político, pois é preciso valorizar os saberes técnico, profissional e científico de todos os profissionais da saúde e os saberes cotidianos do cidadão comum, de modo que a relação de ajuda seja dialógica. Não há diálogo nas relações assimétricas, uma vez que nestas o poder se impõe, opõe e oprime, interditando a negociação e a “pactuação” necessárias à ajuda. Para se transformar as práticas, há que se transformar as consciências.

A relação humana dialógica auxilia na compreensão da realidade, por meio da experiência vivida (ação) e da reflexão

(pensamento). Nesse sentido, contribui para desenvolver a consciência cidadã e a participação social, com potencial para transformar realidades. Esse modelo de cuidado é “construtivo” e não “instrutivo”, compartilhado (TEIXEIRA; FERREIRA, 2009), e desafia a lógica organizacional das instituições de saúde que se pautam no modelo biomédico. Exige outro paradigma organizacional e de abordagem clínica, mais afeto à integralidade.

Aplicar o princípio da integralidade na organização das práticas de cuidado (afastamento do modelo da fragmentação), reconhecendo a grande variedade de necessidades relacionadas à saúde, é o desafio que se impõe a uma proposta de clínica que se construa amparada nos diversos saberes que circulam na saúde: aqueles que advêm do campo da ciência e aqueles que se originam nos processos de viver (social, familiar, popular). A prática do cuidado integral exige disposição e abertura para a existência humana. Na promoção do bem-estar e dignidade humana, o cuidado não é *a priori*, mas sob demanda, para tanto há que se colocar o outro no centro do processo e trabalhar com o que dele emana, falar-lhe e ouvi-lo (FERREIRA, 2013), e isso precisa ser considerado nas práticas de saúde e na clínica.

Da forma como está sendo abordada, a clínica na enfermagem se constrói na relação de cuidado. Dito isso, afirma-se que as pessoas envolvidas no processo de cuidar são agentes transformadores, que manejam elementos sustentados no saber profissional, tecnológico e nos saberes e fazeres próprios da vida cotidiana, guiados por suas necessidades, mas também por seus desejos e afetos (OLIVEIRA et al., 2009). Nas práticas do cuidado em saúde estão implicados elementos dessa clínica, que dão contornos aos modos de cuidar dos profissionais; no caso em questão, da enfermeira, informando o que ela faz ou o que precisa ser feito numa determinada área de atuação para

que se alcance o cuidado. O paradigma da promoção da saúde conduz as pessoas a modos de ser saudáveis (FERREIRA, 2013), para tanto, exige presença, participação e potencial criativo e inovador nos modos de pensar e agir em prol da saúde.

Esse modelo de abordagem exige participação social, consciência cidadã, reflexão e ação (FERREIRA, 2013), de modo que o cuidado seja uma construção coletiva e não uma mera prescrição. Para atender as transformações das práticas, a clínica precisa ser pensada no plano do trabalho coletivo em saúde, entendendo-se esse coletivo não como reunião de indivíduos, mas num plano ético-político de construção de redes, pautadas num projeto dialógico (BARROS; GOMES, 2011), abarcando elementos, tais como: saberes especializados, saberes cotidianos, atividades assistenciais, tecnologia, interação-conversação, contexto do trabalho, características dos sujeitos implicados no cuidado, suas subjetividades e afetos e referenciais assistenciais (paradigma).

A clínica do cuidado é uma clínica complexa, pelos saberes que mobiliza, mas, acima de tudo, pelos afetos que circulam, por exigir presença, autenticidade no encontro, disposição, negociação, conversação e adesão na coconstrução de seu projeto no cotidiano do cuidar.

REFERÊNCIAS

BACKES, D. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. Evidenciando o cuidado de enfermagem como prática social. **Rev Latino-americana de Enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 988-994, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000600010>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 641-58, 2011.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 2006.

CASTRO, E. S.; MENDES, P. W.; FERREIRA, M. A. A interação no cuidado: uma questão na enfermagem fundamental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 39-45, 2005.

FERREIRA, M. A. O clássico e o emergente: desafios da produção, da divulgação e da utilização do conhecimento da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 45-50, 2013. Número especial.

FERREIRA, M. A.; FIGUEIREDO, N. M. A. Os mecanismos disciplinadores do hospital: as (os) enfermeiras (os) e o poder sobre o corpo do cliente hospitalizado. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 103-16, 1997.

FERREIRA, M. A. et al. Cuidados Fundamentais de Enfermagem na Ótica do Cliente: uma contribuição para a enfermagem fundamental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 387-96, 2002.

FONTES, C. A. S.; ALVIM, N. A. T. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 77-83, 2008.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 123-30, 2011.

MATURANA, H.; VERDEN-ZÖLLER, G. **Amar e brincar: fundamentos esquecidos do humano**. São Paulo: Palas Athena, 2004.

MAUSS, M. As técnicas do corpo. In: _____. (Org.). **Sociologia e antropologia**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1974. p. 399-422.

McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para Enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MENDES, P. W.; CASTRO, E. S.; FERREIRA, M. A. As vertentes do cuidado de enfermagem: o técnico e o expressivo na assistência hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 239-46, 2003.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

OLIVEIRA, D. C. et al. O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 521-6, 2009.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Um deslocamento do olhar sobre o conhecimento especializado em enfermagem: um debate epistemológico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 6, p. 1042-48, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000600017>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Representações sociais dos enfermeiros sobre a tecnologia no ambiente da terapia intensiva. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 489-497, 2009.

SOUSA, L. D. et al. A produção científica de enfermagem acerca da clínica: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 495-500, 2011.

TEIXEIRA, M. L. O.; FERREIRA, M. A. Cuidado compartilhado: uma perspectiva de cuidar do idoso fundamentada na educação em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 750-758, 2009.

WALDOW, V. R. Examinando o conhecimento na enfermagem. In: MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. (Org.). **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 53-85.

WATSON, J. Watson's theory of human caring and subjective living experience: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 129-35, 2007.

_____. **Human Caring Science: a Theory of Nursing**. Massachusetts: Jones and Bartlett Learning, 2012.

CAPÍTULO 13

PROJETO REPRESENTACIONAL E NARRATIVA: PELA VISIBILIDADE SOCIAL DA CRIANÇA NA ENFERMARIA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

DANIELA BARROS DA SILVA FREIRE ANDRADE

ÉRICA NAYLA HARRICH TEIBEL

(Universidade Federal do Mato Grosso, Brasil)

NARRATIVA E PROJETO REPRESENTACIONAL

Este estudo privilegia a abordagem ontogenética em representações sociais no diálogo com a Teoria Histórico-Cultural e assume a ideia de que as narrativas podem promover campos de experiências intersubjetivas que têm potencial para sustentar representações antigas ou apresentar contraversões que as desafiem. Para tanto, insere a discussão no contexto de uma Enfermaria Pediátrica no diálogo entre crianças hospitalizadas e a narrativa Binje. A aproximação entre narrativa e representações sociais se dá pela mediação da expressão “projeto representacional” em torno da qual se destacam os seguintes pressupostos: 1) narrativas, mundos possíveis e representações sociais; 2) narrativa, representação e processos de mudança; 3) dimensão temporal e projeto representacional.

NARRATIVAS, MUNDOS POSSÍVEIS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As narrativas podem ser compreendidas como depósitos de conhecimentos por consubstanciar costumes, significados e valores acerca de um tema e possuir caráter construtivo à medida

que contar histórias possibilita atribuir sentido ao que se encontra no decorrer da vida, tornando as experiências compreensíveis (BRUNER, 2002, 2008). Seria por meio do ato de contar histórias que as pessoas conseguiriam dar sentido à realidade, além de adequá-la a uma nova perspectiva (PURKHARDT, 2002).

Bruner (2008) lembra que toda narrativa é história de alguém e que com isso os acontecimentos são sempre vistos por meio de um conjunto de prismas pessoais. Entretanto, o autor retrata que na elaboração das narrativas as

[...] negociações que são estabelecidas numa mútua partilha de pressupostos e convicções sobre como o mundo é, como a mente funciona, sobre o que vamos fazer e como a comunicação deve acontecer” (BRUNER, 2002, p. 61)

são de grande importância.

É nesse processo de partilha e negociações que as representações sociais se apresentam. Segundo Bauer e Gaskell (1999), o significado não é uma questão individual ou privada, pois a presença de um “outro” é sempre pressuposta baseada na experiência social. Eles apresentam como unidade básica de elaboração de significado a ideia de um triângulo em que duas pessoas estão interessadas em um determinado objeto ($S_1 / O \setminus S_2$). Desse modo, considerando que as pessoas estão inseridas em uma cultura e que representar objetos pressupõe estoques prévios de representação, as narrativas podem refletir não apenas o ponto de vista de um sujeito, mas também a relação de grupo de pertença do autor com o objeto.

Para Bruner (2002), as narrativas de uma cultura apresentam uma gama de personagens canônicos dos ambientes nos

quais eles operam, das ações que são admissíveis e compreensíveis e, a partir disso, elas forneceriam um mapa de papéis possíveis e mundos possíveis. O autor destaca que armazenamos modelos que vão guiar nossa percepção, pensamento, fala e comportamento, e alguns desses modelos parecem ser baseados principalmente em conhecimentos armazenados de versões de mundo, veiculadas por meio das narrativas.

Com isso, parte-se da ideia de que as narrativas carregam redes de significações, e, caso reflitam um

[...] conhecimento construído e compartilhado por um grupo, visando objetivos práticos, de modo a funcionar como um sistema de interpretação da realidade, [...] orientando e justificando comportamentos e práticas (JODELET, 2001, p. 22).

elas podem ser compreendidas como expressões que aglutinam representações sociais.

NARRATIVA, REPRESENTAÇÃO E PROCESSOS DE MUDANÇA

Para Jovchelovitch (2002), as narrativas são uma das principais formas de discurso por meio das quais as representações sociais são atualizadas e ganham vida, encontrando nelas algo parecido com um terreno privilegiado para se incubar e desenvolver. A autora apresenta uma estreita conexão entre contar histórias e o forjamento de representações sociais, destacando que as narrativas, ao serem transmitidas e veiculadas, carregam formas simbólicas que podem desafiar ou perpetuar

interpretações dominantes na vida social, favorecendo processos de mudança ou o fortalecimento de determinadas representações sociais já instituídas.

Ao estudar o processo de mudança nas representações sociais, associado à narrativa, Purkhardt (2002) ressalta a importância da microgênese, afirmando que as representações sociais são construídas e sustentadas por pessoas. A autora lembra que uma das principais funções das representações sociais é transformar o que é estranho em algo familiar. Ela evidencia que as pessoas atribuem significado ao não familiar por meio das trocas interpessoais, sendo este aos poucos assimilado em representações sociais, de modo que ele não seja mais ameaçador ou perturbador, tornando-se parte integrante da forma como se compreende o mundo.

Duveen e Lloyd (2003) lembram que durante as interações sociais os participantes podem adotar posições diferentes das que tinham no começo. Nesse sentido, a interação social seria o espaço segundo o qual mais intervêm os processos de influência social, de modo que, às vezes, essas influências podem levar os participantes a mudanças estruturais nas suas representações. Consequentemente, as interações sociais poderão constituir transformações ontogenéticas no desenvolvimento das representações em determinados sujeitos, assim como poderão resultar em transformações sociogenéticas que levem à reestruturação da representação social.

Volpato (2002) considera que os retratos elaborados pelos autores podem ser caracterizados como imagens com poderosos efeitos figurativos, que se tornam sociais, na medida em que elas têm ressonância no mundo dos leitores, por meio das partilhas e discussões. Desse modo, ainda que a narrativa inicialmente não seja elaborada de forma a espelhar as representações

sociais de um determinado grupo, a sua difusão por meio da comunicação é um fator que pode gerar ressonâncias ao desencadear trocas, interações e negociações entre sujeitos, desestabilizando a compreensão de um universo consensual em prol de um processo de mudança.

DIMENSÃO TEMPORAL E PROJETO REPRESENTACIONAL

A ideia de projeto atrelada às representações sociais está associada com o fato de que as representações de um grupo fornecem as razões que guiam os sujeitos a agir e a planejar em direção a um futuro. Bauer e Gaskell (1999), ao apresentarem o triângulo básico da representação social ($S1 / O \setminus S2$), acrescentam a ele a dimensão do tempo. O prolongamento desse triângulo em direção ao passado e ao futuro indica a ideia de um projeto (P) associado à adesão de uma representação social, uma vez que esta integra os sujeitos envolvidos por meio de interesses mútuos, objetivos e atividades. O projeto representacional poderia aparecer tanto de forma explícita à adesão, quando se tem clareza de sua intencionalidade e objetivos, quanto de modo implícito, sem que suas possíveis consequências sejam refletidas.

Partindo da ideia de que narrativas são discursos que apresentam representações sociais, Purkhardt (2002) destaca que a difusão e a manutenção de algumas narrativas em detrimento de outras se relacionam com o poder delas em sustentar e reconstruir identidades. Nessa perspectiva, a adoção de narrativas por um determinado grupo tende a refletir uma missão educativa de perpetuação de valores e saberes que instrumentalizem seus integrantes, visando o delineamento dos caminhos

a serem trilhados, seja para a manutenção da situação, seja pela busca de melhorias. Considerando a dimensão do futuro, esse processo revela que as narrativas contemplam a existência de um projeto representacional, consciente ou não, que poderá se concretizar mediante o seu compartilhamento e adesão por parte dos integrantes do grupo.

A articulação dos três pressupostos delinea o propósito deste texto: explorar o potencial da narrativa Binje junto ao trabalho de atenção psicossocial às crianças hospitalizadas segundo os projetos de humanização da vivência hospitalar e da visibilidade social das crianças. Para tanto, será apresentado um estudo de caso de inspiração etnográfica denominado “Projeto de extensão Binje: em busca de autorias infantis no contexto hospitalar”, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Psicologia da Infância (GPPIN).

O PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO E A NARRATIVA

Considera-se que o meio social hospitalar não existe em absoluto, mas na relação com as especificidades de cada sujeito que o acessa. Assim, a significação da criança acerca da sua vivência no hospital dependerá de diversos fatores: da sua fase de desenvolvimento cognitivo, de experiências passadas e do nível de conhecimento, além da qualidade de comunicação e relações estabelecidas no contexto social hospitalar.

Essa ideia tem como preceito o conceito de “perejivanie”, traduzido por Prestes (2012) como vivência, e que teria sido utilizado por Vigotski para alegar que a situação social de desenvolvimento e as especificidades da criança formam uma unidade:

Perejivanie para a criança é exatamente uma unidade simples, relativa à qual não se pode dizer que represente uma influência do ambiente sobre a criança ou uma especificidade da criança [...] (VIGOTSKI, 2004, p. 188 apud PRESTES, 2012, p. 120).

No processo de hospitalização, a criança passa por mudanças de rotinas e hábitos, vivenciando situações em que muitas vezes não tem poder de escolha. A internação pode apresentar-se como uma inserção em um “novo mundo”, no qual organização, dinâmica e lógica tornam-se diferentes do seu cotidiano. A inserção nesse “novo mundo” pode provocar, além da quebra de rotina, o estremecimento de certezas em relação à saúde e ao futuro. Segundo Bruner (2008), ao entrarem em contato com situações que geram conflito na habitualidade da vida, os seres humanos buscam apresentar, dramatizar e explicar as circunstâncias em torno desses episódios por meio da narrativa, de modo a resgatar a tranquilidade. Dessa forma, o processo de hospitalização tende a desencadear a necessidade de elaboração de novas significações.

Vigotski (2009) lembra que conhecemos o mundo principalmente por meio da narração realizada pelos outros ao nosso redor, sendo o contato com a realidade sempre mediado por essas significações. Assim, quando a criança e seu acompanhante são inseridos no espaço hospitalar, eles também acessam uma série de significações que permeiam os discursos das pessoas integrantes dessa instituição.

Considerando o contexto de serviços hospitalares, é possível notar a existência de distintas representações presentes no atendimento à saúde das crianças. Atualmente, ocorre uma busca pela mudança na cultura de assistência à saúde,

visando uma maior humanização dos serviços hospitalares. O objetivo é a criação de um novo modelo de atendimento, pautado no respeito à vida humana, o que inclui uma maior atenção às singularidades da dimensão subjetiva do usuário. A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) investe, por meio do projeto Humaniza SUS, na valorização da autonomia e protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de saúde. Entendendo que humanizar não é apenas ofertar atendimento de qualidade articulado aos avanços tecnológicos, mas também propiciar acolhimento, o projeto estabelece a corresponsabilidade, os vínculos solidários e a participação coletiva como conceitos e pressupostos gerais de cuidado que se aplicam a todos os sujeitos, independentemente de faixa etária.

Entretanto, observa-se que o modelo de saúde predominante na formação médica brasileira ainda é a Medicina científica, ou flexneriana, que compreende o corpo humano como uma máquina, sendo a doença representada como uma avaria e o tratamento como o conserto desse aparelho. Esse modelo aborda de forma reducionista os aspectos sociais e subjetivos da saúde, tendo como base a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrados no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologias. Essa visão mecanicista, biologista e reducionista também continua orientando a organização dos serviços de saúde, principalmente no âmbito hospitalar (CARLINI, 2010).

Essas duas redes de significações, atreladas à medicina flexneriana e ao processo de humanização, parecem delinear representações diferentes acerca do atendimento hospitalar e assinalariam para os profissionais de saúde duas redes de significações: uma ligada a práticas e rotinas hospitalares enraizadas e outra, mais recente no contexto hospitalar, decorrente das necessidades biopsicossociais dos usuários, a qual tem sua

entrada no hospital por meio das orientações apresentadas pelo Humaniza-SUS. Assim, no contato com os profissionais do hospital, a criança e seu acompanhante vão ser informados sobre como devem se comportar, o que é permitido ou proibido naquele espaço, quais são as rotinas daquele ambiente. Provavelmente ouvirão histórias sobre pessoas que agiram de modo a causar problemas bem como obterão informações a respeito do quadro de saúde da criança e da melhor forma de conduzir os cuidados. Desse modo, interagirão com pessoas e artefatos sociais, entrando em contato com representações partilhadas nessa instituição.

Sendo o meio hospitalar atravessado por significações culturalmente compartilhadas, esses construtos podem apresentar tanto um ambiente de cuidado como um lugar de sofrimento, assim como significações atreladas a ideias de resignação ou de enfrentamento. A criança e seu acompanhante acessam esse saber tendo como base sua personalidade e o seu momento de desenvolvimento e, ao entrar em contato com eles, acabam por elaborar e desenvolver suas próprias significações.

Portanto, baseando-se nas proposições de Vigotski (2010) sobre desenvolvimento e vivência, considera-se a capacidade da criança em elaborar discursos a partir das suas particularidades, sendo caracterizada como autora e não apenas reprodutora de sentidos ou modos de pensar socialmente partilhados. Essa abordagem favorece a elucidação de como significados construídos historicamente e instituídos socialmente podem influenciar no processo de significação da criança por meio da sua interação com os sujeitos e artefatos culturais presentes no espaço hospitalar, a partir de uma compreensão da criança internada como uma intérprete ativa e criativa da realidade.

Um dos modos de favorecer esse processo tem sido por meio da leitura. A utilização de livros como um artefato cultural mediador do contato humano, do diálogo e do desenvolvimento tem sido explorada junto à Pediatria do Hospital Universitário Júlio Müller, em Cuiabá – Mato Grosso, onde, por meio do projeto de extensão “Binje: em busca de autorias infantis no contexto hospitalar”, se busca explorar o potencial da narrativa como instrumento psicológico promotor do desenvolvimento da consciência. Para tanto, o projeto promove semanalmente a “contaçon” da história presente no livro *Binje* (FREIRE, 2013), que narra a relação da personagem com o adoecimento e com o processo de hospitalização.

O conteúdo representacional da narrativa *Binje* tem em seu projeto a ideia de promover no ambiente hospitalar a visibilidade da infância, favorecendo o diálogo entre as crianças e os demais atores sociais presentes nesse espaço. As significações narradas apresentam o hospital como um lugar onde a criança é cuidada e no qual, durante esse processo, ela pode vivenciar momentos agradáveis e desagradáveis. Busca assinalar para a criança que ela pode se expressar e encontrar interlocutores, além de oferecer a interação com possíveis técnicas de enfrentamento para essas situações (controle da respiração e o brincar de faz de conta). Nesse sentido, a história proporciona o contato com uma imagem de criança que pode ser capaz de compreender o que está acontecendo, de aprender e se instrumentalizar com recursos para manejar suas vivências.

Entretanto, torna-se importante lembrar que é possível ler uma história de diversos modos. Para Bruner (2002), apesar de o texto real permanecer inalterado, o texto virtual (aquele criado pelo momento da leitura) muda instante a instante. Com isso, pode-se considerar que, ao elaborar o texto virtual durante a leitura, surge nesse processo a posição autoral do leitor.

O trabalho com a contação da narrativa Binje (FREIRE, 2013) parte desse pressuposto: apresentar um enunciado com a intenção de iniciar e orientar uma busca de significados entre um espectro de significados possíveis. Os esforços são estabelecidos no sentido de permitir à criança uma posição de autoria, valorizando a criação de seu próprio texto virtual, expresso através de atividades lúdicas. Assim, após a contação, as crianças são abordadas, visando promover a elaboração das suas próprias narrativas.

Considerando que o contato com a realidade é sempre mediado por significações, acredita-se que apresentar narrativas para crianças internadas que tenham como tema a hospitalização pode ser um modo de ampliar sua experiência nesse contexto, uma vez que ela tende a promover a imaginação do que não foi vivenciado diretamente em sua experiência pessoal, favorecendo a ampliação da consciência da criança acerca desse momento. Dessa forma, é importante compreender a narrativa como um artefato cultural que carrega significações sobre o mundo, tornando-se, assim, um instrumento possível de ressignificação da realidade, como um suporte para uma nova elaboração.

METODOLOGIA

Este trabalho é resultado de um estudo exploratório desenvolvido no âmbito de uma pesquisa de doutorado em Educação que tem como objetivo principal compreender as ressonâncias do contato da criança hospitalizada e do seu acompanhante com a narrativa Binje (FREIRE, 2013). O recorte aqui explicitado visa entender como a criança interage com as significações da narrativa, a partir de uma perspectiva microgenética das representações sociais. Para tanto, será apresentado o material coletado em uma sessão de contação.

A pesquisadora acompanhou a sessão de contação da narrativa realizada na brinquedoteca com as crianças internadas, por meio de observação participante dessa atividade. A narração foi realizada por uma aluna extensionista que se transforma em Dra. Ana Tsuru, uma especialista em “crionçologia” (uma brincadeira com a ideia de criança que vira onça), que apresenta a história como uma espécie diferente de remédio. Foram feitas notas de campo e a sessão de contação foi filmada e posteriormente transcrita. Com o objetivo de garantir o sigilo da identidade dos participantes do estudo, seus nomes foram alterados. A análise dos dados pautou-se numa perspectiva compreensiva, visando o cruzamento entre categorias empíricas e o referencial teórico.

APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Nesse dia, participaram da “contação” as crianças Carla e Bianca, esta última juntamente com sua mãe. Carla é uma menina de 12 anos, acompanhada pela equipe do hospital desde os seis anos de idade, devido ao diagnóstico de síndrome nefrótica. Atualmente, sofre com insuficiência respiratória grave, sendo necessário o uso de oxigênio. Em seu histórico de vida, observa-se uma condição socioeconômica com poucos recursos, o que, na compreensão da equipe de saúde, acabava por agravar sua condição clínica e gerar internações recorrentes. É uma criança que já foi acompanhada pelo conselho tutelar e pelo programa de saúde da família, mas, segundo relatos da equipe multiprofissional de atenção à criança (EMAC) do Hospital Universitário Júlio Müller/UFMT, a família nunca seguiu o tratamento de forma eficiente. Apesar de residir na mesma casa que sua mãe, a cuidadora principal era a avó, que acabou

falecendo. Atualmente, a mãe aparece como figura de maior vínculo e é ela quem estava como acompanhante da paciente no hospital. A equipe relata que a mãe sofre com abuso de drogas, descrevendo situações em que foi necessária a intervenção medicamentosa para diminuir sua crise de abstinência. Segundo a equipe, a menina mostra uma frequente preocupação e comportamento de cuidado em relação à mãe.

O caso de Carla costuma surpreender pela capacidade do seu organismo em sobreviver nas situações adversas. Existem inúmeros relatos sobre a chegada da criança completamente roxa e sem conseguir respirar, após caminhar boa parte do trajeto até o hospital junto com a mãe. A presença dela na enfermaria parece suscitar preocupações com a possibilidade de morte iminente. Carla já havia participado de uma sessão de contação em uma internação anterior, entretanto não conseguiu ficar até o final, pois se sentiu mal.

Bianca é uma criança de cinco anos que estava internada há cerca de dois meses para o tratamento de uma micose sistêmica chamada paracoccidioidomicose. Residia em uma cidade do interior a cerca de mil quilômetros da capital onde se encontrava internada. Estava perto de terminar o uso de uma medicação e precisava estabilizar seu quadro clínico antes de voltar para casa com a medicação oral. Era necessário ganhar peso e diminuir o inchaço na região abdominal. A menina estava acompanhada pela mãe e já havia participado de duas sessões de contação e das oficinas em outras semanas. Nas participações anteriores, observou-se que Bianca interagiu pouco verbalmente. A mãe se apresentava com frequência junto à criança e costumava se envolver nas atividades, seja complementando o que a filha fazia, seja estimulando-a a participar.

Quando a pesquisadora chegou ao hospital, Carla estava lanchando, até então a menina quase não havia saído do quarto

devido à sua falta de estabilidade física. A pesquisadora perguntou se ela gostaria de participar da contação e ela respondeu que sim. Quando a pesquisadora voltou, Carla estava na brinquedoteca, sentada, ouvindo uma música no celular (música sertaneja que falava sobre saudade). A menina começou a cantar alto com o olhar fixo e, em seguida, a chorar. A pesquisadora permaneceu ao lado dela até que a música terminasse e perguntou por que ela estava chorando. Carla respondeu que estava sentindo saudades da avó que havia falecido. A menina não sabia informar há quanto tempo isso havia acontecido, assim como há quantos dias estava internada. Enquanto a pesquisadora falava com ela, a mãe gritou na porta da brinquedoteca: “Vai acabar com a bateria, menina!” e Carla respondeu de forma ríspida “Já desliguei!”. Em seguida, a técnica de enfermagem avisou que seria necessário trocar o cilindro de oxigênio antes da contação e a mãe se prontificou a levar a menina ao lugar onde poderia realizar a troca para acelerar o processo, pois assim não seria necessário aguardar a disponibilidade de alguém para trazer o cilindro.

Enquanto isso, Bianca estava em outra mesa da brinquedoteca juntamente com uma pedagoga do hospital e sua mãe. A pedagoga mostrou para a pesquisadora uma boneca negra, que se encontrava em cima da mesa em que elas estavam sentadas, e a apresentou como Margarida. A pesquisadora perguntou se Bianca gostaria de participar da contação e ela aceitou.

Antes de iniciar a contação, Bianca encontra a máscara da onça na maleta da Dra. Ana Tsuru e tenta colocá-la. Essa brincadeira torna-se o tema do início da narração. A contadora de história começa perguntando se Bianca lembrava como uma criança virava onça. Bianca não respondeu verbalmente, mas movimentou os ombros como se dissesse que não sabia. Em seguida, a menina começou a mexer com o livrão que contém as imagens da história e a contadora indagou se ela preferia que

a Dra. Ana contasse a história com a ajuda do livrão e Bianca concordou. Enquanto a contadora explicava sobre a origem do nome da sua personagem (lenda dos mil tsurus de origami), Bianca colocou a coroa utilizada pelo personagem Binje na boneca Margarida. A criança havia participado da contação nas semanas anteriores e, assim, teve contato com o momento da história em que se falava sobre o brincar de faz de conta e era colocada a coroa no boneco do Binje que brincava de ser rei.

Logo após, a narração segue contando sobre o encontro entre Binje e o passarinho João Pinto, que estava caído e machucado no quintal da casa do menino. Dra. Ana Tsuru explicou que a mãe do Binje cuidou do João Pinto e que os dois se tornaram amigos depois disso. Carla chegou ao momento em que a contadora de história mostrava que a mãe do Binje escutou o coração do passarinho para ver se estava tudo bem. Ela usava como artefato um telefone de lata e pedia para Bianca tentar escutar o coração do passarinho, perguntando se estava tudo bem com o coração. Bianca colocou a orelha próxima da lata e respondeu gesticulando que sim. Carla fez o mesmo movimento e falou: “Sim!”. Dra. Ana perguntou às crianças se elas sabiam o que acontecia depois que a asa do passarinho melhorava e Carla respondeu rapidamente: “Ele viveu!”. A contadora concordou com a menina e, ao virar a página do livrão, mostrou uma imagem do Binje deitado na cama, com o João Pinto na cabeceira e a mãe ao lado, dizendo: “Só que aí olha só quem que ficou doente depois...”. Carla novamente respondeu de forma rápida: “Foi a avó do Binje!”. A contadora explicou que quem ficou doente foi o Binje e perguntou se elas sabiam o que havia acontecido quando ele foi para o hospital. Carla respondeu: “Ele viveu!”. Dra Ana prosseguiu: “Ele viveu! Mas e aí o que aconteceu para ele viver?”. A seguir virou a página do livrão e mostrou a figura do Binje pensando na agulha. Carla respondeu: “Tomou sorol!”.

Dra. Ana concordou: “Tomou soro! Olha a cara do Binje quando ele viu a injeção! O que ele fez? Aí, parece que estava doendo, né?”. Bianca concordou gesticulando com a cabeça e começou a tentar a virar a página do livrão.

A história prosseguiu com a Dra. crionçologista explicando que o passarinho ensinou um truque para o Binje fazer a dor diminuir na hora da injeção:

O João Pinto falou para o Binje assim ó: ‘Quando você for ver a injeção para tomar respira fundo (diz respirando profundamente) e deixa a injeção entrar’. E então aqui nesse hospital (aponta para a página do livrão em que aparece a fachada do Hospital Universitário Júlio Müller) o Binje estava internado e aí o João Pinto falou para ele que ele tinha que respirar fundo para ele não sentir muita dor.

Ao perguntar se as meninas tinham algum truque que elas faziam para tomar a injeção, Carla respondeu: “Grito: ail!”. Bianca ficou em silêncio, e quando Dra. Ana retomou que o personagem Binje fazia a respiração e perguntou se Bianca tinha algum truque, Carla disse: “Eu já respirei fundo”. A pesquisadora que acompanhava a contação perguntou se havia funcionado esse truque para ela e a menina respondeu que sim.

Posteriormente, Dra. Ana virou a página do livrão e apresentou uma figura com o personagem Binje deitado na cama de um hospital tomando soro e pensando em brincar de bola em um lugar gramado e disse: “Ah, é, ele parece que está muito chateado aqui. Você acha que ele está muito chateado porque tem que tomar injeção? Ele ficava bravo também! Sabia que ele ficava bravo igual

a uma onça?”, falou isso colocando em si a máscara de onça e fez grunhidos em direção às meninas, que começaram a rir. A pesquisadora que acompanhava a contação perguntou se elas sabiam por que uma criança poderia virar onça no hospital e elas não responderam. Dra. Ana seguiu falando: “Ele ficava muito bravo” e disse isso pondo a máscara da onça no boneco. E ela continuou: “É porque ele não podia sair. Ah, mas o João Pinto arranhou outra coisa pra ele fazer: cantar! Quando ele ficava uma onça, sabe qual música ele cantava? Você sabe qual, Carla?”. Bianca apontou para a caixa de som. A pesquisadora questionou se as crianças já viram alguma crionça no hospital e as meninas afirmaram que não. A mãe de Bianca riu, dizendo: “Ah, tá! Imagina... Imagina se não...”. A contadora continuou: “Binje virava onça quando ele tinha que tomar injeção, quando ele ficava preso no soro e não podia sair e ele virava uma onça muito brava e medrosa. Mas, então, vamos ouvir a música que o João Pinto cantava?”. Dra. Ana colocou um trecho da música “Criança, Crionça” (CAMPOS; CAMPOS, 2012). Quando a música terminou, Dra. Ana disse que, ao brincar, Binje desonçava. Carla perguntou sobre o João Pinto e a contadora respondeu: “João Pinto ficava muito feliz com isso porque ele conseguiu através da música fazer com que o Binje ficasse mais tranquilo”.

Logo após, a contadora explicou que Binje às vezes ficava bravo porque se sentia de “folinha verde” no hospital, assim como na brincadeira quando alguém pega uma folha e diz “folinha verde” e a criança sai da brincadeira enquanto os outros continuam a brincar. Nesse momento, a mãe de Bianca começou a conversar com a pesquisadora falando que nesse dia a filha estava perguntando quando poderia ir para casa, porque a menina sabia que a dose do remédio ia acabar naquele dia. A mãe mostrou se sentir preocupada, porque, mesmo terminando o remédio, ela ainda precisaria ficar por tempo indeterminado.

Na sequência, a contadora relatou que o passarinho João Pinto ensinou o Binje a brincar de faz de conta quando ele se sentia assim de “folinha verde”. Explicou que dessa forma o personagem descobriu que poderia brincar mesmo dentro do hospital:

Você sabe o que pode acontecer quando a gente brinca de faz de conta? O que pode acontecer de gostoso? Pode acontecer de o medo da gente diminuir. O tédio também. Sabe o que é tédio? Ficar o tempo todo no quarto sem fazer nada. Então, quando a gente brinca de faz de conta, quando o Binje brincava de faz de conta, o medo diminuía, o estresse diminuía. O tempo passava mais rápido. É uma maneira bem legal de fazer de conta. Sabia que era muito bom?

A Dra. Ana continuou: “Quando ele fazia de conta, ele trocava esse medo dele de ser uma onça medrosa e passava a ser um menino corajoso. Você também faz isso?”. Carla respondeu: “Faço!”. Dra. Ana perguntou como e a menina disse: “Eu sou corajosa!”. Em seguida, Dra. Ana questiona Bianca se ela brincava de faz de conta, mas a criança desviou o olhar enquanto brincava com uma caixinha. A mãe dela respondeu: “Brinca de médico!” e a Dra. Ana disse: “Olha que legal! E aí você vira uma menina bem corajosa?”, mas ninguém respondeu.

Quando foi perguntado para as crianças se elas gostariam de brincar, Carla prontamente disse que não, pois gostaria de brincar no computador. A pesquisadora nesse momento ajudava Carla a se levantar quando a mãe dela, que se encontrava no outro lado da brinquedoteca, gritou: “Carla!” A menina respondeu: “Quê, mãe?” e a mãe prosseguiu: “Levanta! Eu não vou te

carregar, você vai andar lá em casa!”. A pesquisadora perguntou se a menina conseguia levantar sozinha e ela assentiu e se levantou. A pesquisadora acompanhou a menina, ajudando-a a levar o cilindro de oxigênio até a sala de informática da brinquedoteca.

Logo depois, a técnica de enfermagem avisou que Bianca precisaria voltar para o quarto porque era o horário da medicação e ela necessitaria ser monitorada. A criança pediu para realizar a atividade no quarto e foi autorizada.

ANÁLISE DOS DADOS

A análise será apresentada por meio das seguintes categorias: a interação mediada pela contação e a humanização; o acompanhante e a relação com a criança mediada pela contação; e as vivências da criança na mediação com a história: o texto virtual e a ressignificação de si.

A INTERAÇÃO MEDIADA PELA CONTAÇÃO E A HUMANIZAÇÃO

A postura da contadora ao aderir as possíveis sugestões, sinalizadas pela atenção da criança, voltada para determinados objetos (ao começar a narração pela ideia da onça e depois recomendar com o uso do livrão), sugere um comportamento de acolhida e flexibilidade em face das motivações da criança. O modo de agir assinala respeito as escolhas e expressões da criança, premisa próxima dos valores de autonomia e protagonismo, destacados pela Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004). Essa atitude de respeito também aparece frente à decisão de Carla, ao optar por não participar da brincadeira após a contação.

Em determinado momento da contação, Carla dialoga com a significação trazida pela contação na cena da injeção. Inicialmente, a menina conta que seu modo de lidar com a aplicação da injeção era através da expressão da sua dor ao gritar: Ail. Mas, em seguida, ela assume que já tentou a técnica da respiração e que isso funcionou. Considerando que nesse processo de interação com a contadora e com a pesquisadora a criança pode negociar com essa significação, objetivando ser aceita ou acolhida, essa adesão seria transitória. Entretanto, leva-se em conta também que, ao interagir com esse modo de enfrentamento, existe a possibilidade da ampliação na gama de recursos da criança para lidar com situações de dor. Nada impede que em algum momento ela se lembre dessa possibilidade e coloque-a em prática, ou, ainda, seja estimulada a fazer isso por alguém da equipe, de modo que, se lhe trouxer benefícios, essa significação pode se consolidar anunciando o seu protagonismo no processo de tratamento.

Ao final da história, a possibilidade da Bianca desenvolver atividades lúdicas no quarto, enquanto recebe a medicação, pode ser compreendida como uma forma de concretizar a ideia do brincar em qualquer lugar do hospital, significação que pode auxiliar na desconstrução da representação acerca das enfermarias como lugares de sofrimento.

O ACOMPANHANTE E A RELAÇÃO COM A CRIANÇA MEDIADA PELA CONTAÇÃO

Ao ouvir sobre o sentimento de “folinha verde”, a mãe da Bianca parece ancorar nele a situação que a filha vivencia no hospital, desejando ir embora. Na história, o personagem Binje descobre, com a ajuda de seu amigo João Pinto, um modo de

lidar com esse sentimento por meio do brincar de faz de conta. Bianca parecia já utilizar essa estratégia no início da história, quando demonstra dialogar com a ideia do brincar de faz de conta, ao colocar a coroa usada pelo boneco Binje na boneca que ela trouxe para a contação. A mãe também reconhece o uso dessa estratégia pela menina quando declara que Bianca brinca de médico no hospital. Esse diálogo parece fortalecer a representação da criança como capaz de utilizar estratégias para lidar com as situações que enfrenta no hospital.

Durante a apresentação da metáfora da onça, a mãe de Bianca se expressa de modo a indicar que houve uma identificação entre o comportamento da criança brava com a postura da criança no hospital, mesmo que a própria menina não tenha reconhecido isso. O ato de nomear por meio do uso da metáfora pode auxiliar a partilha de significações sobre o estar no hospital, favorecendo o diálogo. Nesse sentido, a metáfora pareceu funcionar como um sistema de codificação passível de traduzir a significação do binômio medo/agressividade, ainda que a narração da história também apresente uma significação da criança associada à coragem.

AS VIVÊNCIAS DA CRIANÇA NA MEDIAÇÃO COM A HISTÓRIA: O TEXTO VIRTUAL E A RESSIGNIFICAÇÃO DE SI

Durante a sessão, foi possível perceber que Carla trouxe algumas significações próximas das suas vivências. Uma delas foi a suposição do adoecimento da avó de Binje ao olhar uma imagem que apresentava o próprio personagem na cama. Essa significação parece fazer referência ao seu processo de elaboração de luto da avó que havia falecido. Em outros dois momentos, Carla usa a expressão “Ele viveu” para descrever os desfechos

que os personagens, tanto Binje como João Pinto, tiveram após o adoecimento. Essa significação pode estar atrelada a duas ideias: ao desejo de que a avó estivesse se recuperado, ou, ainda, à sua própria vivência no hospital em relação aos momentos de crise, pois o significado partilhado pela equipe de saúde se relaciona com a possibilidade da sua morte a cada internação, mas a recuperação da Carla acaba surpreendendo, e ela se estabiliza e “vive”.

Carla interage também com a significação de criança corajosa, que aparece na história associada ao brincar de faz de conta. A criança não assume que utiliza do recurso de brincar, entretanto ancora na ideia de criança corajosa a sua imagem. Essa significação pode dar indícios acerca de uma construção positiva da sua identidade, pois, se a sua história de vida descrita pelos outros parece apresentar uma situação de vitimização, ao colocar-se como uma criança que responde prontamente as perguntas dos adultos (atitude na contação) e nomear-se como criança corajosa, a menina revela outro modo de ser. Isso pode ser ilustrado na colocação da mãe ao final da contação, quando solicita que a filha fique em pé sozinha, pois não irá carregá-la em casa. No caso de Carla, colocar-se como corajosa diante dos desafios que vivencia parece um pré-requisito para manter-se viva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência da contação pela criança pode ser compreendida como resultado de uma unidade que integra suas especificidades e o ambiente, não sendo delineada apenas pelas significações apresentadas pela narrativa, mas dependendo também do seu momento de desenvolvimento e da sua história de vida. A narrativa Binje (FREIRE, 2013) anuncia algumas significações atreladas à cultura hospitalar, baseada na medicina

flexneriana (a necessidade do tratamento, a criança que inicialmente não sabe como manejar o medo e a raiva), e a partir dessa constatação apresenta a abertura para o reconhecimento da criança enquanto ser com voz, capaz de compreender e colaborar, dialogando, assim, com o projeto de humanização na saúde. A possibilidade de evidenciar categorias referentes a essas duas redes de significações favorece que a criança ou o adulto faça o movimento de ancoragem junto às categorias que lhe sejam mais significativas. Em adição, o processo comunicativo desenvolvido durante a contação tende a fortalecer as que se encontram mais próximas do paradigma de humanização. Nessa perspectiva, o trabalho desenvolvido parece delinear dois campos de atuação na promoção de representações sociais atreladas ao paradigma de humanização: fazer circular novas significações por meio de narrativas que difundam esse conteúdo, além de promover práticas que objetivem de forma consolidada essa representação.

Os dados apontam que o trabalho com uma narrativa encorajadora do processo comunicativo, que favoreça a autoria infantil dentro do hospital, tende a fortalecer a possibilidade de a criança se colocar como protagonista nesse espaço. A narrativa tem sido caracterizada como suporte significativo para a interação entre criança-adulto, propiciando a partilha de significações sobre o estar no hospital e ampliando a possibilidade de diálogo por promover situações em que se estabelecem relações menos assimétricas entre crianças e adultos no contexto hospitalar. Desse modo, destaca-se que, conforme os dados até o momento analisados, tais estratégias têm se mostrado profícuas no compartilhamento de significações ancoradas no projeto representacional vinculado à humanização hospitalar e à visibilidade social de crianças hospitalizadas.

REFERÊNCIAS

BAUER, M. W.; GASKELL, G. Towards a paradigm for research on social representations. **Journal for the theory of social behaviour**, v. 29, n. 2, p. 163-186, 1999.

BRASIL. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização: a Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRUNER, J. **Realidade mental, mundos possíveis**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

_____. **Actos de significado**. Lisboa: Edições 70, 2008.

CAMPOS, C.; CAMPOS, A. Criança, Crionça. In: PARTIMPIM, A. **Partimpim tlês**. Rio de Janeiro: Sony Music. 2012.

CARLINI, R. **Implantação da disciplina de atenção básica à saúde no curso de Medicina na Universidade Federal do Paraná**: aspectos psicossociais e educativos. 2010. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

DUVEEN, G.; LLOYD, B. Las representaciones sociales como una perspectiva de la psicología social. In: CASTORINA, J. A. (Org.). **Representaciones sociales**: Problemas teóricos y conocimientos infantiles. Barcelona: Gedisa, 2003. p. 29-39.

FREIRE, D. **Binje**. Cuiabá: EdUFMT, 2013.

JODELET, D. As representações sociais um domínio em expansão. In: _____. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-43.

JOVCHELOVITCH, S. Social Representations and Narrative: stories of public life in Brazil. In: LÁSZLÓ, J.; ROGERS, W. S. (Ed.). **Narrative approaches in Social Psychology**. Budapeste: New Mandate, 2002. p. 47-58.

PRESTES, Z. **Quando não é quase a mesma coisa**: traduções de Lev Semionovith Vigotski no Brasil. Campinas: Autores Associados, 2012.

PURKHARDT, S. C. Stories that change the world the role of narratives in transforming social representations. In: LÁSZLÓ, J.; ROGERS, W. S. (Ed.). **Narrative approaches in Social Psychology**. Budapeste: New Mandate, 2002. p. 59-73.

VIGOTSKI, L. S. **Imaginação e criação na infância**. São Paulo: Ática, 2009.

_____. Quarta aula: a questão do meio na Pedologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 681-701, 2010.

VOLPATO, A. C. Social representations and literary texts. In: LÁSZLÓ, J.; ROGERS, W. S. **Narrative approaches in Social Psychology**. Budapeste: New Mandate, 2002. p. 74-87.

CAPÍTULO 14

SOCIAL REPRESENTATIONS, HEALTH AND COMMUNITY: VISUALIZING SELECTED RESULTS FROM THE META-THEORETICAL ANALYSIS THROUGH THE “GEOMAPPING” TECHNIQUE

ANNAMARIA SILVANA DE ROSA

LAURA DRYJANSKA

(Sapienza University of Rome, International/Italy)

INTRODUCTION

Health has always been one of the most significant foci of the theory of social representations since its inception (MOSCOVICI, 2008, 1984). De Rosa frames the theory of social representations and communication as a supra-disciplinary field with a great consistency in terms of epistemological and theoretical inspiration. Its rich diversity from the paradigmatic, methodological and thematic points of view continues to inspire the latest development of the European/International PhD in Social Representations and Communication (DE ROSA, 2009a, 2009b, 2010, 2011, 2015c) and represent one of the core thematic foci of the So.Re.Com. Joint Innovative Doctoral Program <<http://www.europhd.eu/SoReComJointIDP>> selected by the Research European Agency of the European Commission in 2013 People-ITN-IDP call with the highest evaluation (98,80/100). Within the framework of this project, health and community is one of the thematic domains and applied contexts of expert and lay knowledge production and transmission.

OBJECTIVES

This empirical study is aimed at mapping the diffusion of the theory of social representations in relation to the thematic domain of health and community, based on the scientific production included in the SoReCom “A.S. De Rosa” @-Library dedicated to Social Representations and Communication (DE ROSA, 2001, 2014a, 2014b, 2015a). The objective is to take stock of the scientific field of social representations and health developed in more than 50 years. By conducting a meta-theoretical analysis (DE ROSA, 2002, 2013a, 2013b, 2015b) of the literature on this macro-area and its sub-topics, we map the development of the scientific production in terms of the: a) typology of resources,

distribution by the year of publication, c) language and e) author’s institution affiliation. In this way, we detect the worldwide dissemination of the theory in the applied field of health and community within the multi-generational community of scientists and across different geo-cultural contexts.

METHODOLOGY

The methodology used consists of the application of the grid for meta-theoretical analysis created by De Rosa in 1992 and subsequently developed (last revised version: 2014) in order to include the latest advances of the theory of social representations (DE ROSA, 2013a, 2013b). This tool enables the researcher to analyze each publication on social representations, health and community in a systematic way, taking into account the characteristics of the bibliographic item, as well as meta-theoretical and paradigmatic contributions.

Moreover, De Rosa (2014c) has introduced the technique of geo-mapping, crucial for the visualization of the scientific production in different parts of the globe. The technique is aimed at visualizing results that take into account the variable of the author's institution affiliation also crossed with other variables chosen depending on the specific target goal of the analysis (like the health and community as thematic domain in the case of study presented in this chapter). We take stock of the city, country and continent of each author's institution (usually a university), using the institution as a whole, not a single department of faculty. Following the task of detecting carefully the correct denomination of the authors' institutions, we obtain the pivot table of the frequencies, which are then visually displayed using the data analysis software *Tableau desktop*.

RESULTS

In this chapter, we take into account the publications dedicated to health and community from a corpus of 9694 bibliographic items filed in the SoReCom “A.S. De Rosa” @-Library specifically dedicated to social representations and communication. Altogether, 1577 bibliographic items have been identified while taking stock of the literature in this thematic field, from a corpus of 9694 bibliographic items filed in the SoReCom “A.S. De Rosa” @-Library as of January 2015. However, the total is destined to grow. With intense scientific production on social representations in general and on health and community in particular, we realize that at any given moment we provide a snapshot view, due to the fact – also in this dynamic of science production and

dissemination, as for many other research domains - that “reality changes faster than research” (DE ROSA, 1996).

The Table 1 presents the distribution of these 1577 bibliographic items related to health and community divided by resource type. We may observe that the majority of items fall under category of “Article in Journal”, followed by “Conference presentation” and “Book Chapter”. Such a high total of journal articles ($f= 662$; 42,04%) in this field is due to a significant number of journals fully dedicated to health, as well as the interest of general, and social and applied psychology in this topic. Although the first journal in terms of the number of articles on health and community remains Papers on Social Representations, there is an impressive number of journals from all over the world (311).

Table 1 – The frequencies distribution of 1577 items related to health and community (specifically related to social representations and communication field in the repositories of the SoReCom “A.S. De Rosa” @-Library) by the Resource Type.

Resource Type	Absolute Frequency	Frequency %
Article in Journal	662	42,04%
Conference presentation	549	34,81%
Book Chapter	280	17,69%
Thesis	48	3,04%
Book	21	1,33%
Report	7	0,38%
Manuscript	4	0,25%
PhD Thesis Chapter	4	0,25%
Web document	2	0,13%
Total	1577	1

Source: “A.S. De Rosa” @-Library.

The Figure 1 allows us to see even clearer the importance of journal articles and conference presentations in the field of health. Concerning conference presentations, the majority of contributions can be traced back to the bi-annual International Conferences on Social Representations (ICSR) that each time take place on a different continent. Latin America plays a very significant role when it comes to the knowledge production, that is regularly presented at the Jornadas Internacionales sobre las Representaciones Sociales (JIRS). A related event, the Luso-Brazilian Colloquium on Health, Education, and Social Representations also contributes to the diffusion of knowledge on social representations and health. De Rosa (2008; DE ROSA; D'AMBROSIO, 2003, 2008) has conducted a thorough analysis of the importance of the international conferences, in a snapshot view from two sides of the Atlantic, currently under updating until the last conference ICSR held in São Paulo (Brazil) in 2014 and extended to other dedicated conferences, including JIRS (ARRUDA, 2014).

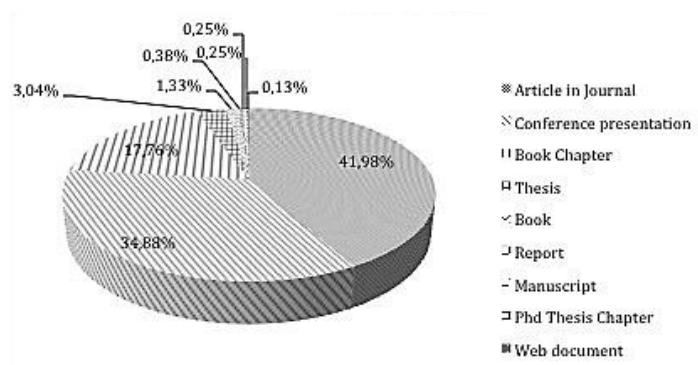


Figure 1 – The percentage distribution of 1577 items related to health and community (specifically related to social representations and communication field in the repositories of the SoReCom “A.S. De Rosa” @-Library) by the Resource Type.

Considering the development and dissemination of the theory of social representations in the field of health and community in relation to time, there is a definite trend of growth. Taking into account the publication date, the starting point is 1952 when Moscovici's introduced the notion of social representations in relation to psychoanalysis, and thus mental health (DE ROSA, 2013a). Follows a period of a fairly slow growth until 1981 (a sort of latency period: DE ROSA, 2013b), and then since 1982 the theory conquers the world (progressively expanding from France to other European countries, from Europe to Latin and North America and then to other continents), reaching the peak of 768 publications in the decade 2002-2011. Figure 2 presents the absolute frequencies in detail. We may observe that based on the entire corpus of data, the field of health and community resembles in this respect the situation in other paradigmatic and thematic foci. The seemingly lower number of publications in the last decade may be because it has just started and while in other cases we take into account a ten-year period, the current decade is still at its early stage. In fact, we have registered a similar trend when we have analyzed the results of the theory diffusion ten year ago, after the end of the previous decade 1992-2001. However only further analyses based on the new data retrieved for the decade 2012-2021 will provide an interpretation well rooted into empirical data.

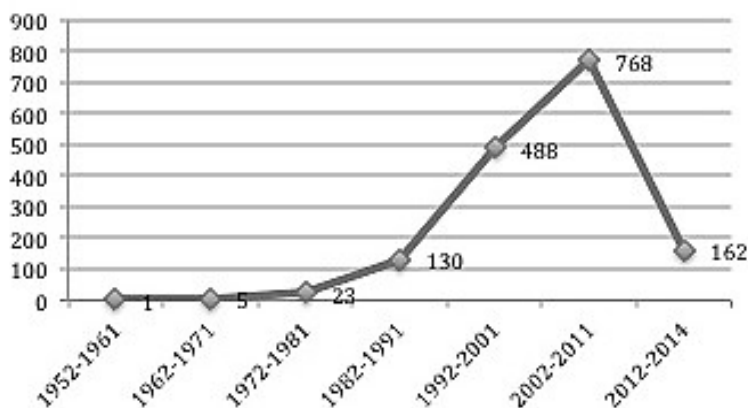


Figure 2 – The frequencies distribution of 1577 items related to health and community (specifically related to social representations and communication field in the repositories of the SoReCom “A.S. De Rosa” @-Library) by the year of publication (by decade).

Another interesting variable that we take into account is the “language of publications”, presented in Table 2. While the major virtual libraries and repositories in the world concentrate on literature in English, in the field of social representations, health and community other linguistic scenarios play an important role as well. English, the common language of science, continues to take the lead with more than 30% of publications, but it appears crucial that publications in Portuguese constitute almost a quarter of the entire body of the literature on this thematic domain. While the seminal contributions have been originally written in French, the third most represented language, Spanish follows again pointing to the importance of Latin America in the scientific production in the field of social representations, health and community.

Table 2 – The frequencies distribution of 1577 items related to health and community (specifically related to social representations and communication field in the repositories of the SoReCom “A.S. De Rosa” @-Library) by the language.

Language	Absolute Frequency	Frequency%
English	496	31,45%
Portuguese	392	24,86%
French	329	20,86%
Spanish	278	17,63%
Italian	42	2,66%
German	22	1,40%
Romanian	7	0,44%
Finnish	5	0,32%
Hungarian	4	0,25%
Chinese	1	0,06%
Swedish	1	0,06%
Total	1577	100,00%

As the next step, the geo-mapping allows for a more advanced level of analysis, taking into account the country and continent of the authors' institutional affiliation. We shall first provide a general outlook on the continents represented, moving on to the single countries.

In line with the findings concerning language, Europe appears as the most fertile location, immediately followed by Latin America. These two geo-cultural contexts alone account for more than 90% of the entire production on social representations, health and community, as Table 3 demonstrates. The history of Europe and the seminal work done by Moscovici (2008) on social representations and psychoanalysis; by Herzlich

(1969), Flick (1992), Markova and Farr (1995), Gervais and Jovchelovitch (1998), Petrillo (2000), Morin (2004) on health; by Jodelet (1985, 1986, 1989) and De Rosa (1987, 1988, 1991, 1995; DE ROSA; BOCCI, 2013) on mental illness can help us explain this result. In Latin America, experts from other disciplines beyond social psychology, such as nursing, medicine, social work, etc., refer to the theory to make sense of the surrounding reality. Among other sub-topics, AIDS constitutes a significant object of societal interest in the realm of health all over the world, relying on and confirming Moscovici's (1992) reflections on the importance of social representations to the acceptance of this disease, a new phenomenon and the inspiring researches by Jodelet et al. (1994, 1998).

Table 3 – The frequencies distribution of 1577 items related to health and community (specifically related to social representations and communication field in the repositories of the SoReCom “A.S. De Rosa” @-Library) by the Continent according to the country of the author's institutional affiliation.

Continent	Absolute Frequency	Frequency %
Europe	802	52.86%
Latin America	636	40.33%
North America	96	6.09%
Asia	24	1.52%
Oceania	15	0.95%
Africa	4	0.25%
Total	1577	100.00%

Considering other scenarios, North America, and the emerging Asia, Oceania and Africa still have a rather limited interest in social representations and health, as evident from Figure 3. While in Europe and Latin America there is a high number of diverse authors dedicated to this topic, in the remaining geo-cultural contexts contributions are not very numerous.

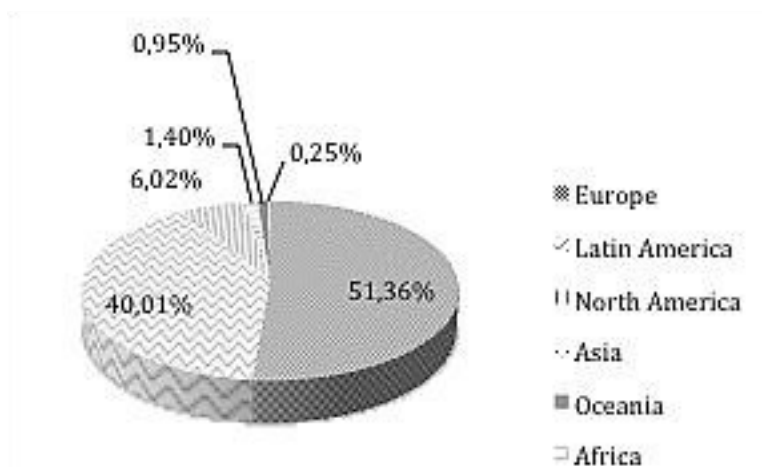


Figure 3 – The percentage distribution of 1577 items related to health and community (specifically related to social representations and communication field in the repositories of the SoReCom “A.S. De Rosa” @-Library) by the Continent according to the country of the author’s institutional affiliation.

With the magnifying glass of geo-mapping, we shall look at the authors’ institutional affiliation based on each continent, taking into account individual countries. The results are displayed in Figure 4 using the output of the Tableau Desktop software. Unsurprisingly, France appears as the most fertile country in Europe with 266 publications (% = 33.17) on social representations, health and community, accounting for almost

one-third of the entire scientific production of the continent in this field. Immediately follows United Kingdom with 136 publications (% = 16.96), in a large part produced by authors from such institutions as the London School of Economics, renown for the tradition of research on the topic of health, community and social representations. Southern Europe also constitutes a fertile ground, with Spain ($f = 96$; % = 11.97), Italy ($f = 85$; % = 10.60), and Portugal ($f = 60$; % = 7.48), very active. Concerning Italy, predominantly it is the Sapienza University of Rome, and in particular the scientific production of De Rosa who, herself a major contributor, together with the doctoral trainees and doctors of the European/International Joint PhD in Social Representations and Communication, accounts for the highest number of publications in this country. German-speaking countries such as Germany ($f = 33$; % = 4.11), Switzerland ($f = 31$; % = 3.87) and Austria ($f = 18$; % = 2.24) have also made a modest contribution to the body of scientific literature on health, community and social representations. Among the Eastern European countries, Romania (the Moscovici's birthplace) plays the leading role ($f = 13$; % = 1.62), also given the special intellectual link between the theory's founder and some eminent Romanian academic social psychologists, like Adrian Neculau, who has contributed to disseminate his thought not only at Iasi Ali.Cuza university, but in the entire country. In Northern Europe Finland ($f = 11$; % = 1.37) has a fairly high number of contributions, related the specific interest of some researchers who even organized a dedicated event on social representations. Moreover, many other countries are represented, as we may see in Figure 4 below.

Concerning Latin America, Brazil ($f = 435$; % = 68.40) certainly stands out as the most productive country in the field of social representations and health as presented in Figure 5.



Figure 5 – The frequencies distribution of 636 items related to health and community (specifically related to social representations and communication field in the repositories of the SoReCom “A.S. De Rosa” @-Library) by the Continent Latin America according to the country of the author’s institutional affiliation.

In North America, authors affiliated with Canadian institutions, account for almost 70% ($f = 66$; $\% = 68.75$) of the entire production on social representations, health and community in this geo-cultural context ($f = 30$; $\% = 31.25$), as shown in Figure 6 below. For example, the University of Ottawa (which is also one of the extra-EU institutional partner of the European/International Joint PhD in Social Representations and Communication) constitutes a significant incubator for published research in this field, including numerous contributions not only in English, but also in French.

Asia, a vast territory with diverse nations, is an emerging geo-cultural scenario for the theory dissemination - especially following the 9thICSR organized in Indonesia (Bali, 2008) and the launch of the Foundation for Social Representations Studies since 2005- with a rather low number of contributions, as shown in Figure 7. The most productive country is Israel ($f = 7$; $\% = 29.17$), followed by China ($f = 6$; $\% = 25.00$) and Indonesia ($f = 3$; $\% = 12.50$). Due to the large territory covered and a low number of contributions in absolute terms (compared to such countries as France or Brazil), the visualization of frequencies appears as very tiny points. However, by taking into account the overall proportions where the entire world constitutes the 100%, the data represents a more faithful snapshot view of the current situation.



Figure 6 – The frequencies distribution of 96 items related to health and community (specifically related to social representations and communication field) in the repositories of the SoReCom “A.S. De Rosa” @- Library) by the Continent North America according to the country of the author's institutional affiliation.



Figure 7 – The frequencies distribution of 24 items related to health and community (specifically related to social representations and communication field in the repositories of the SoReCom “A.S. De Rosa” @-Library) by the Continent Asia according to the country of the author’s institutional affiliation.

The scientific publications on social representations, health and community by authors affiliated with institutions in Oceania are more numerous in Australia ($f = 10$; $\% = 66.67$), than in New Zealand ($f = 5$; $\% = 33.33$), as illustrated in Figure 8. The researchers from this geo-cultural context successfully publish in international journals.

The geo-cultural context with the lowest number of contributions in the field under scrutiny is Africa, with only four publications equally divided between Ghana, Ivory Coast, Mauretania and South Africa ($f=1$; $\% = 25.00$). Figure 9

graphically displays this distribution. The majority of publications by authors affiliated with African institutions concerns AIDS when it comes to the social representations and health.

Thanks to the geo-mapping technique, we may appreciate the diffusion of the theory related to the specific topic throughout the world. The retrieval and analysis of publications from the meta-theoretical point of view continues, improving on daily basis; due to limited space, providing further information is not possible in this chapter.



Figure 8 – The frequencies distribution of 15 items related to health and community (specifically related to social representations and communication field) in the repositories of the SoReCom “A.S. De Rosa” @-Library) by the Continent Oceania according to the country of the author’s institutional affiliation.



Figure 9 – The frequencies distribution of 4 items related to health and community (specifically related to social representations and communication field in the repositories of the SoReCom “A.S. De Rosa” @-Library) by the Continent Africa according to the country of the author’s institutional affiliation.

CONCLUSIONS

The systematic effort to map the theory of social representations undertaken by De Rosa requires appropriate methodological tools, analysis and data visualization. The geo-mapping technique introduced by her in the operational SoReCom @-Library Guidelines has been recently supported by the use of the Tableau software, in order to make faster the data visualization operational process. It is not possible to illustrate the magnitude of the entire research design aimed at the meta-theoretical analysis of the entire literature produced in Social Representations in a single contribution. However, we emphasize that the concerted effort of generations of early stage researchers, doctoral trainees and master students coordinated by De Rosa since 20 years in order to achieve the ambitious goal of the meta-theoretical analysis of the whole literature in Social Representation starts to offer to the scientific community a complete systematic overview about the dynamic of theory dissemination and its development (also through networking research and institutional activities) and continue to develop the SoReCom “A.S. De Rosa” @-library, currently under a profound technological transformation into a new web-platform and enriched in daily basis by more than 20 dedicated human resources (DE ROSA, 2015a). In this paper we have provide done for the first overviews of the data (as of January 2015), which points out to the leading role of Europe, the homeland of the theory, and the increasing role of Latin America, especially Brazil. These geo-cultural contexts seem the strongest not only when it comes to the quantity of contributions, but also the diversity of publications. Conferences that take place each year alternating between the International Conference on Social Representations (ICSR) and

the Jornadas Internacionales sobre las Representaciones Sociales (JIRS) without doubt create an opportunity for the diffusion and transfer of knowledge and research on social representations, health and community (DE ROSA, 2008; DE ROSA; D'AMBROSIO, 2003, 2008). About the role of networking among researchers it is also important to note that a thematic networks specifically focused on Health such as RIPRES – Réseau International de Recherche sur les Représentations Sociales en Santé with partners in Portugal, Brazil, France, Argentina, Austria, Italy, Mexico and Scotland <<http://www.cicts.uevora.pt/RIPRES>>, has been established since 2010. In the logic of “network of networks”, it represents a sub-network of the wider SoReCom THEMatic NETwork of excellence. Launched in 2004, approved by the European Commission (DG- Education and Culture) and co-funded by the Sapienza University (as coordinating Institution) with hundreds of academic and extra-academic institutional partners and more than 3000 individual partners in all the European countries, open to collaboration with partners from all over the world <[http://www.europhd.eu/SoReComTHEMatic NETwork](http://www.europhd.eu/SoReComTHEMaticNETwork)>.

Overall, the theory of social representations is certainly growing, conquering new geo-cultural contexts and reinforcing its position worldwide. Through the constant effort of our multi-year research program, it is possible to empirically and systematically monitor the trends from different points of view (DE ROSA, 1994, 2013a, 2013b, 2015b). Concerning health, community and social representations, historically this field represents one of the core interests of the theory. A meta-theoretical analysis goes beyond a biased, selective overview of only some publications (for example only those included in the bibliometric database, like Thomson and Reuters or Scopus-Elsevier) and recognizes the value of the entire scientific production.

Health and Community continue to play a significant role in the galaxy of social representations since the inception of the theory until today. Both established experts in social representations and new representatives of different disciplines, including hard science, recognize the value of the theory when approaching the diversity of subtopics related to health. The commonsense thinking captured through social representations continues to fascinate researchers all over the world, and the field of health, rich in symbols, metaphors, icons and images constitutes without doubt a fertile ground for generations of scholars. One of the reasons for the attractiveness of the social representation theory in the field of Health and Community can be identified in its multidimensional approach to culture and psychology, articulating individual, intersubjective and trans-subjective spheres, as Denise Jodelet (2013a)

To tackle the multidimensionality of the health-illness domain it would be heuristic to focus on social representations that orient practices using the model that I have proposed in Chapter 2 (see JODELET, 2013b). That is to say looking at the three spheres to which social representations pertain: a) the “subjective” one that can be afforded through the notion of experience that integrates culture as “world of life” (*lebenswelt*); b) the “inter-subjective” one linked to interaction and dialog through which culture is transmitted and shared; c) the “trans-subjective” one that refers to the cultural resorts, norms, models, constraints and knowledge crossing the contexts of life and interaction.

The goal of this chapter was to draw attention to the importance of reinserting the cultural dimension into the approach of phenomena studied by health psychology. It calls for reconnecting with a tradition that characterized the first

research carried out in the field of health and for breaking disciplinary barriers in order to collaborate with social sciences and to promote, through social representations, a multidimensional analysis of problems linked to the management of health and disease” (JODELET, 2013a, p. 163).

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, A. Pesquisa em representações sociais: A produção em 2003. In: SOUSA, C. P. et al. (Ed.). **Angela Arruda e as Representações Sociais: estudos selecionados**. Curitiba: Champagnat; Fundação Carlos Chagas, 2014. p. 87-116.
- ASSOCIATION FOR PSYCHOLOGICAL SCIENCE - A.P.S. Big Data, Big Sciences. In: ANUAL CONVENTION, 26., 2014, San Francisco. **Proceedings...** May, 2014.
- BOYD, D.; CRAWFORD, K. Critical questions for big data. **Information, Communication & Society**, n. 15, p. 662-667, 2012.
- BRITO, A. M. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 19, p. 283-303, 2011.
- CAMARGO, B. V. et al. Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 19, p. 179-192, 2011.
- CAMARGO, B. V.; WACHELKE, J. F. R. The study of social representation systems: Relationships involving representations on aging, AIDS and the body. **Papers on Social Representations. Thread of Discussion**, v. 19, p. 21.01-21.21, 2010.
- DE ROSA, A. S. The social representations of mental illness in children and adults. In: DOISE, W.; MOSCOVICI, S. (Ed.). **Current**

Issues in European Social Psychology. Cambridge: Cambridge University Press, 1987. v. 2, p. 47-138.

_____. Sur l'usage des associations libres dans l'étude des représentations sociales de la maladie mentale. **Connexions**, n. 51, p. 27-50, 1988.

_____. Idéologie médicale et non-médicale et son rapport avec les représentations sociales de la maladie mentale. In: AEBISCHER, V.; DECHONCHY J. P.; LIPIANSKY, E. M. (Ed.). **Idéologies et Représentations Sociales.** Fribourg: DelVal, 1991. p. 235-272.

_____. From theory to meta-theory in social representations: the lines of argument of a theoretical-methodological debate'. **Social Science Information**, v. 33, n. 2, p. 273-304, 1994.

_____. **Se per la Strada Incontri un Matto...** Sviluppo dei Sistemi di Credenze e Risposta Sociale alla Devianza in Bambini e Adolescenti. Roma: Melusina, 1995. 495p.

_____. Reality changes faster than research: national and supranational identity in social representations of European Community in the context of changes in international relations. In: BREAKWELL, G.; LYONS, E. **Changing European Identities: advances in social psychology.** Oxford: Butterworth Heinemann, 1996. p. 381-402.

_____. Sistema di co-operazione e formazione a distanza implementato sul sito web dell'European doctoral programme on social representations and communication: verso l'attivazione di una "intelligent virtual library". In: OLIVETTI, BELARDINELLI,

M. Orientamenti della Ricerca in Italia sullo Sviluppo e l'Adattamento Psicosociale. Roma: Kappa, 2001. p. 99-109.

_____. Le besoin d'une "théorie de la méthode". In: GARNIER, C. **Les formes de la pensée sociale.** Paris: P.U.F., 2002. p. 151-187.

_____. Looking at the history of social psychology and social representations: Snapshot views from two sides of the Atlantic. **Rassegna di Psicologia**, n. 2, p. 217, 2008.

_____. Promoting joint European/International doctorates in a global scenario: opening the European PhD on social representations and communication to the world. In: GAEBEL, M. et al. **Internationalization of European Higher Education: an EUA/ACA handbook.** Stuttgart: RAABE, 2009a. p. 135.

_____. The So.Re.Com. EuroPhD world: combining partnerships with innovation. In: KLUCZNIK-TÒRÒ, A.; CSÉPE, A.; KWIATKOWSKA-CIOTUCHA, D. **Higher Education Partnership, Innovation.** Budapest: IHEPI Publikon/IDResearch, 2009b. p. 12-203.

_____. Internationalisation of collaborative doctorates and Joint International Doctorates: requirements and guidelines for each distinct model. In: Klucznick-TORO, A.; BODIS, K.; ISTVAN, K. P. **Higher Education Partnership and Innovation.** Budapest: IHEPI Publikon Publisher/IDResearch, 2010a. p. 219-242.

_____. De Nouvelles Formes de Coopération internationale dans la formation doctorale: Internationalization et doctorat international: un objectif, deux modèles distincts. In: BAIDENKO,

V. **The Bologna Process**: resume of the decade. Moscow: Ministry of Education and Science of the Russian Federation, Institute for Higher Education Quality, 2011. p. 357-363.

_____. Taking stock: a theory with more than half a century of history. In: DE ROSA, S. **Social Representations in the “Social Arena”**. London; New York: Routledge, 2013a. p. 1-63.

_____. Research fields in social representations: snapshot views from a meta-theoretical analysis. In: DE ROSA, A. S. **Social Representations in the “Social Arena”**. London; New York: Routledge, 2013b. p. 89-124.

_____. The So.Re.Com. “A.S. De Rosa” @-Library: a Multi-Purpose Web-Platform in the supra-disciplinary field of Social Representations and Communication. In: INTERNATIONAL TECHNOLOGY, EDUCATION AND DEVELOPMENT CONFERENCE, 8., 2014, Valencia. **Proceedings...** Valencia: INTED Publications, 2014a. p. 7413-7423.

_____. The “Impact of the Impact”: Geo-Mapping The Social Representations Theory Facing The Global Dissemination Challenge In The Bibliometric Culture Era. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON SOCIAL REPRESENTATIONS AND LUSO-BRAZILIAN COLLOQUIUM ON HEALTH, EDUCATION AND SOCIAL REPRESENTATIONS, 12 and 4, 2014, São Paulo. **Acts...** São Paulo, 2014b.

_____. “Geo-mapping” Tutorial for visualizing statistical data on geographical maps. In: DE ROSA, A. S. **Guidelines for the development of the So.Re.Com. “A.S. De Rosa” @ – library**. 2014.

_____. The *So.Re.Com. "A.S. De Rosa" @-library*: a digital tool for integrating scientific documentation, networking and training purposes in the supra-disciplinary field of Social Representations and Communication. In: KHOSROW-POUR, M. **Encyclopedia of Information Science and Technology**. Pennsylvania: IGI Global, 2015a. p. 4938-4949.

_____. The Use of Big-Data and Meta-Data from the *So.Re.Com A.S. De Rosa @- Library* for Geo-Mapping the Social Representation Theory's Diffusion over the World and its Bibliometric Impact. In: INTERNATIONAL TECHNOLOGY, EDUCATION AND DEVELOPMENT CONFERENCE, INTED 2015, 9., 2015, Madrid. **Proceedings...** Madrid: INTED Publications, 2015b.

_____. The European/International Joint Phd In: Social Representations and Communication: a Pioneer Case of Triple "I" (International, Interdisciplinary, Intersectoral) Networked Joint Doctorate. In: **INTERNATIONAL TECHNOLOGY, EDUCATION AND DEVELOPMENT CONFERENCE, INTED 2015, 9., 2015, Madrid. Proceedings...** Madrid: INTED Publications, 2015c.

DE ROSA, A. S.; BOCCI, E. If on the street you meet a "mad person" thirty years after the deinstitutionalization of the asylums: resisting polyphasia in the social representations of madness. In: DE ROSA, A. S. **Social Representations in the 'Social Arena'**. New York; London: Routledge, 2013. 393p.

DE ROSA, A. S.; D'AMBROSIO, M. An empirical example of the comparison between multiple correspondence analysis and space analysis: the diffusion of the social representations theory through the institutional context of scientific communication. In: LEVY,

S.; ELIZUR, D. **Facet Theory**: towards Cumulative Social Science. Ljubljana: Faculty of Arts, Center for Educational Development, 2003. p. 73-86.

DE ROSA, A. S.; D'AMBROSIO, M. L. International conferences as interactive scientific media channels: the history of the Social Representations theory through the eight editions of ICSR from Ravello (1992) to Rome (2006). In: DE ROSA, A. S. Looking at the History of Social Psychology and Social Representations: snapshot views from two sides of the Atlantic. **Rassegna di Psicologia**, n. 2, p. 153-207, 2008.

FLICK, U. **La Perception Quotidienne de la Santé et de la Maladie**: théories Subjectives et Représentations Sociales. Paris: L'Harmattan, 1992.

GERVAIS, M. C.; JOVCHELOVITCH, S. **The Health Beliefs of the Chinese Community in England**: a Qualitative Research Study. London: Health Education Authority, 1998.

HERZLICH, C. **Santé et Maladie**: analyse d'une Représentation Sociale. Paris and La Haye: Mouton, 1969.

JODELET, D. **Civils et Bredins**: rapport à la folie et représentations sociales de la maladie mentale. Paris: Presses Universitaires de France, 1985.

_____. Fou et folie dans un milieu rural français. In: DOISE, W.; PALMONARI, A. **L'étude des Représentations Sociales**. Paris: Delachaux et Niestlé, 1986. p. 171-192.

_____. **Folie et Représentation Sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.

_____. Culture and health practices. In: DE ROSA, A. S. **Social Representations in the 'Social Arena'**. New York; London: Routledge, 2013a. p. 153-165.

_____. Interconnections between social representations and Intervention. In: DE ROSA, A. S. **Social Representations in the 'Social Arena'**. New York; London: Routledge, 2013b. p. 77-88.

JODELET, D. et al. Représentations de la contagion et Sida. In: _____. **Agence Nationale de Recherche sur le Sida: Connaissances, Représentations, Comportements, Sciences Sociales et Prévention du Sida**. Paris: ANRS, 1994. p. 87-97.

_____. Sida et soins palliatifs: les soignants face aux malades en phase avancée de l'infection VIH. In: _____. **Agence Nationale de Recherche sur le Sida: des Professionnels Face au Sida. Évolution des Rôles, Identités et Fonctions**. Paris: ANRS, 1998. p. 55-66.

MARKOVA, I.; FARR, R. M. **Représentations of Health, Illness and Handicap**. Chur: Harwood Academic Publishers, 1995.

MORIN, M. **Parcours de Santé**. Paris: Armand Colin, 2004.

MOSCOVICI, S. Premiers résultats d'une enquête concernant la psychanalyse. **Revue Française de Psychanalyse**, v. 3, n. 6, p. 386-415, 1952.

_____. **Psychoanalysis. Its image and its public.** Cambridge: Polity Press, 2008.

_____. The phenomenon of social representations. In: FARR, R. M.; MOSCOVICI, S. **Social Représentations.** Cambridge: Cambridge University Press, 1984. p. 3-69.

_____. La mentalité prélogique des civilisés. In: FLICK, U. **La perception quotidienne de la santé et de la maladie: théorie subjective et représentations sociales.** Paris: Harmattan, 1992. 398p.

PARKS, M. R. Big Data in Communication Research: its Contents and Discontents. **Journal of Communication**, n. 64, p. 355-360, 2014.

PETRILLO, G. Santé et société: la santé et la maladie comme phénomènes sociaux. Lausanne: Delachaux et Niestlé, 2000. p. 13-44.

CAPÍTULO 15

RISCOS COLETIVOS: UM OLHAR PSICOSSOCIAL

Andréa Barbará S. Bousfield

Raquel Bertoldo

INTRODUÇÃO

Todos os dias, nos mais variados veículos de comunicação, jornais, revistas e *internet* veiculam informações sobre sismos, alagamentos, secas ou deslizamentos de terras, que demonstram o quanto os indivíduos estão vulneráveis a esses perigos. No entanto, eles não estão somente vulneráveis aos riscos naturais e tecnológicos, uma vez que os indivíduos estão igualmente expostos a riscos sociais específicos, podendo-se ressaltar o terrorismo, as novas doenças ou modos de contágio, os riscos sociais associados ao desemprego ou à recessão econômica, assim por diante. Segundo Beck (1992), a sociedade globalizada de risco encara riscos jamais vistos na história da humanidade, os quais transcendem o tempo (afetam gerações futuras), o espaço (afetam pessoas em diferentes países) e as categorias sociais (pessoas de diferentes tipos).

O objetivo deste trabalho é contribuir para uma revisão sobre como as questões de riscos sociais têm sido analisadas nos últimos anos. Mais especificamente, pretende-se situar as contribuições específicas à teoria das representações sociais (TRS) para a compreensão de como os indivíduos, os grupos e os atores sociais constroem seu conhecimento sobre os riscos coletivos. Além disso, propõem-se reflexões que conduzam a

alternativas teóricas e metodológicas que possam contribuir para a prevenção e atenuação dos riscos sociais.

A fim de sistematizar teoricamente esta proposta, inicialmente o conceito de risco será elaborado, antes de apresentarmos as duas abordagens que guiarão a discussão deste capítulo: uma mais individualista (psicométrica) e a outra mais orientada para a construção social do risco (SARF e TRS).

RISCO: CONCEITOS E ABORDAGENS

Ao longo dos séculos, a caracterização do risco tem sofrido profundas mudanças no seu significado, tornando-se comum sua aplicação em inúmeras situações. A noção de risco surge, segundo Douglas (1992), no século XVII, no contexto dos jogos de azar. É incorporada no seguro marítimo, no século XVIII, e na economia, no século XIX. Contudo, esse conceito teve raízes na antiguidade (latim *risicum*), associado à interferência de fenômenos naturais extremos na vida das pessoas. Essas catástrofes, vistas como uma ameaça à existência humana, eram inicialmente explicadas com base em mitos e lendas.

Na concepção positivista moderna, o risco é considerado como a probabilidade de um evento adverso ocorrer (por exemplo: danos, doenças, mortes) multiplicado pelas possíveis consequências desse evento (por exemplo: número de danos ou mortes, tipos e severidade das doenças). Nesse contexto, os construtivistas o definem como nada mais que as percepções modeladas pelos filtros da cultura e da estrutura social. A diferença dessas concepções está pautada, sobretudo, no *estatuto* dado à realidade, que, para os positivistas, é suficiente para definir o risco e, o que

remete um papel menor para os construtivistas, que valorizam mais o simbolismo das trocas humanas (ROSA, 2003).

Consideramos, portanto, que os riscos (ou ameaças) não são essencialmente dados absolutos, mas sim um modelo que parte de uma seleção de variáveis que fazem parte do processo de construção social.

RISCO E PERIGO

Situações de perigo são definidas por Leplat (2006) como situações ou eventos que podem levar a consequências negativas às pessoas ou ao seu ambiente; o risco, por sua vez, corresponde à possibilidade de um perigo se concretizar. Ao discutir o estatuto ontológico do risco e do nosso conhecimento sobre ele, Rosa (2003) propõe que a realidade que pode ser atribuída ao risco (ou ao perigo) seja desconectada da possibilidade que ele venha a ser *conhecido*, ou do seu estatuto epistemológico. Assim, enquanto o perigo existe, independentemente de ser conhecido ou não, o risco somente existe a partir do momento em que se conhece o perigo. Um bom exemplo acerca desse tipo de situação de incerteza epistemológica nos é fornecido pelo ex-Secretário da Defesa norte-americana Donald Rumsfeld, numa análise sobre os tipos de conhecimentos diante dos quais se pode agir em termos de estratégia de defesa: *“There are known knowns. There are known unknowns. There are unknown unknowns. But there are also unknown knowns. That is to say, things you think you know that it turns out you did not”* (RUMSFELD apud MORRIS, 2013). Esse exemplo mostra a que ponto um perigo que ontologicamente existe pode não existir para nós, uma vez que não é por nós conhecido.

RISCO E CONHECIMENTO

Ao tratarmos do risco enquanto categoria verificável e identificada numa realidade determinada, surge a questão do conhecimento público acerca dessa realidade, que é associado, por exemplo, às políticas de divulgação científica junto ao público leigo. Essas ideias, mais ou menos científicas, podem ser hierarquizadas em função da sua correspondência com o “mundo real”. Essas noções partilhadas sobre os riscos podem ser traduzidas: 1) pelo nível de formalização científica da informação ou 2) pelo conhecimento tácito dos cidadãos acumulado com o decorrer do tempo pelos grupos sociais sobre seus universos reais e projetados.

Peretti-Wattel (2001) destaca que o modo de representação dos eventos fundados sobre o cálculo probabilístico (científico) oferece um ponto de vista entre outros (profanos). O cálculo probabilístico não proporcionaria uma visão ampla sobre a temática, mas sim uma visão positivista que compreende a realidade em termos de “causa e efeito”, excluindo variáveis inerentes às realidades humanas da análise dos riscos, como se as práticas sociais pudessem ser estudadas a partir de paradigmas científicos próprios às ciências exatas e biológicas. Como sublinham Moser e Weiss (2003, p. 339), apenas “conhecer os riscos não é suficiente para que a sociedade exposta desenvolva um sistema de prevenção adaptado à ameaça”.

A complexidade das realidades associadas aos riscos sociais e os seus desdobramentos na sociedade moderna são temas relevantes para a análise no âmbito das políticas de prevenção. Nesse tipo de análise, a psicologia social se apresenta

como um campo disciplinar especialmente frutífero para abordar esse fenômeno que integra os níveis individual e social de análise (DOISE, 1982). Se, por um lado, a percepção de riscos se refere a potenciais ameaças para o indivíduo, por outro, as representações em que o significado dessas ameaças é construído e difundido são fundamentais para a construção coletiva desses riscos. A seguir, serão descritas duas abordagens para a questão do risco: uma que compreende a percepção de risco enquanto fenômeno individual (psicométrica) e outra que a compreende enquanto fenômeno psicossocial (SARF e TRS).

PERCEPÇÃO DO RISCO: A ABORDAGEM PSICOMÉTRICA

No princípio da pesquisa sobre os riscos, durante muitos anos o paradigma dominante na pesquisa sobre a percepção do risco foi a abordagem psicométrica desenvolvida por Fischhoff et al. (1978). Essa abordagem tenta explicar a aversão ou aceitação irracional de certos riscos (BREAKWELL, 2014) ao associar certas características dos riscos à percepção individual de risco ao nível individual.

Segundo Slovic (2006), o conceito de risco é verificável no campo da segurança, da saúde e do ambiente e envolve julgamentos de valor que refletem muito mais do que a simples articulação entre probabilidade e consequências de um determinado acontecimento. Nesse sentido, o autor critica a visão tradicional sobre a noção de risco como avaliação cognitiva/matemática da probabilidade e gravidade das consequências de um evento. Reconhece, portanto, o valor de concepções “profanas” de risco, mais complexas do que as previsões que são apenas matematicamente fundamentadas (SLOVIC, 1987).

Em pesquisa realizada na França a partir do paradigma psicométrico, Hermand et al. (2003) observaram que os riscos considerados como os mais graves são aqueles ligados ao uso e abuso de substâncias, à violência e à guerra e à atividade industrial. Por outro lado, os riscos considerados como os mais inofensivos são aqueles ligados às atividades praticadas livremente (por exemplo: corridas, bicicleta), aos cuidados médicos bem aceitos (por exemplo: aspirina, homeopatia) e às tecnologias simples de uso diário (por exemplo: aspirador de pó, comida embalada em plástico). No entanto, quando as percepções de riscos pelos participantes são comparadas com as estatísticas oficiais, grandes diferenças são observadas. Por exemplo, o tabagismo é mais mortífero do que os centros nucleares, mesmo se esses dois riscos obtenham quase a mesma pontuação em termos de percepção de risco.

PERCEPÇÃO DO RISCO: A ABORDAGEM DA AMPLIFICAÇÃO SOCIAL DO RISCO (SARF)

A percepção de risco não pode ser compreendida sem analisar como é que esses riscos são socialmente construídos pelas diversas instâncias sociais (por exemplo: agências de notícias, agências do governo, associações, assim por diante). O conceito de amplificação social do risco foi proposto como parte da abordagem da “Amplificação Social do Risco” ou SARF (*Social Amplification of Risk Framework*). Essa abordagem vem desde os anos 1980 estudando a complexa relação entre a ocorrência de um evento de risco, os seus desdobramentos em termos de cobertura midiática, a resposta das autoridades e a percepção individual do risco (KASPERSON, R. et al.,

1988; KASPERSON, X et al., 2003). Tendo acumulado uma série de aplicações empíricas, a abordagem SARF é considerada o quadro teórico mais integrativo e abrangente na área de estudos de risco (ROSA, 2003).

A SARF foi inicialmente proposta para tentar compreender por que razão alguns riscos considerados por especialistas como menores desencadeavam respostas públicas importantes; por outro lado, por que é que outros riscos considerados maiores continuaram durante muito tempo a ser desprezados – apesar de serem conhecidos (KASPERSON, R. et al., 1988). Por esse motivo, uma abordagem que seja capaz de integrar uma análise técnica do risco à resposta social em termos culturais e individuais é de central importância.

Essa abordagem propõe que a ocorrência de riscos provavelmente terá impactos irrelevantes ou apenas localizados se as pessoas não os observarem e comunicarem a outras pessoas (LUHMANN, 1979). Partindo da ocorrência de um evento de risco que é diretamente observado por um indivíduo (fonte), a amplificação é compreendida por essa abordagem como o processo de intensificação ou atenuação dos sinais de risco presentes na ocorrência inicial durante a transmissão da informação aos transmissores intermédios (estações de amplificação), até um receptor final (DEFLEUR, 1966; KASPERSON et al., 1988).

No entanto, Kasperonet et al. (1988) lembram que a metáfora da amplificação, emprestada da teoria da comunicação, é bastante mais simplista do que o fenómeno observado nas sociedades modernas: “messages have a meaning for the receiver only within a sociocultural context” (KASPERSON, R. et al., 1988, p. 180). É por causa dessas especificidades culturais que as “estações de amplificação” acabam por aumentar (amplificação social do risco) ou reduzir (atenuação

social do risco) o volume de informação acerca de um evento de risco, aumentar a saliência de certos aspectos de uma mensagem, reinterpretar e reelaborar de acordo com símbolos e imagens disponíveis, conduzindo a interpretações e respostas particulares por outros participantes do sistema social (KASPERSON, X. et al., 2003). A adição ou a subtração de algum símbolo cultural por alguma dessas estações de amplificação pode, portanto, alterar seriamente a atenção pública que virá a ser concedida como um episódio de risco específico (KASPERSON, R. et al., 1988).

A abordagem SARF considera que as “estações de amplificação” podem ser caracterizadas nas nossas sociedades atuais pelos cientistas, instituições de gestão de risco, a mídia, Organizações Não Governamentais (ONGs), líderes de opinião, redes pessoais e grupos de referência e agências públicas (KASPERSON, X. et al., 2003, 1988). Essas estações de amplificação transmitem informações acerca do risco através da mídia, redes sociais (ex.: Facebook®, Twitter®), aulas, conferências, além de contatos interpessoais. Entre essas estações de amplificação, estudos recentes têm especialmente explorado de que maneira o volume (LEWIS; TYSHENKO, 2009) e o enquadramento das publicações sobre certos riscos (BURGESS, 2012) influenciam a sua amplificação ou atenuação.

Essas comunicações também frequentemente geram consequências secundárias e terciárias, muitas vezes inesperadas, pois são apenas indiretamente relacionadas com o risco em questão (KASPERSON, R. et al., 1988; KASPERSON, X. et al., 2003). Essas consequências da informação de risco podem se alastrar para muito além da informação inicialmente veiculada e podem incluir efeitos no mercado, exigências para maiores

regulações, oposição comunitária (POUMADÈRE; BERTOLDO, 2010) e fuga de investidores (KASPERSON, X. et al., 2003).

Um estudo que ilustra de que forma essa abordagem pode ser utilizada para analisar casos em que os riscos são incertos foi realizado por Burgess (2012) sobre a nuvem de cinzas do vulcão islandês *Eyjafjallajökull* que afetou fortemente o tráfego aéreo na Europa durante várias semanas. Essa análise mostra como os conteúdos das reportagens acerca do vulcão estiveram na base de uma atenuação dos riscos associados à nuvem: além da ausência de acidentes ou consequências maiores, as reportagens se concentraram, sobretudo, na descrição dos impactos econômicos da perturbação do tráfego e no estado atual e perspectivas de evolução da nuvem. Segundo Burgess (2012), as narrativas contemporâneas sobre o risco preveem que ao menos institucionalmente alguém seja responsabilizado. Como este não foi o caso na análise da nuvem vulcânica, o risco não foi amplificado, mas atenuado.

Por mais que a SARF tenha contribuído para a compreensão da evolução das respostas sociais a eventos de risco, questionamentos surgiram a respeito do seu estatuto enquanto teoria (KASPERSON, X. et al., 2003; MACHLIS; ROSA, 1990). Uma teoria exigiria a explicação e o relacionamento entre conceitos, incluindo a especificação de métodos para transformar conceitos abstratos em conceitos empiricamente testáveis (MACHLIS; ROSA, 1990). Considerando a SARF enquanto quadro útil para a compreensão do processo de amplificação do risco que “*intervenies between risk and our knowled geof it*” (ROSA, 2003, p. 62), essa abordagem teria, do ponto de vista epistemológico, que ser complementada por uma teoria do conhecimento social. É precisamente nesse ponto que a TRS poderia contribuir enquanto teoria do conhecimento social

para a abordagem SARF (BREAKWELL, 2014; BREAKWELL; BARNETT, 2003).

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Na década de 1960, com a publicação da obra de Moscovici “La psychanalyse, son image et son public”, iniciava-se um novo movimento teórico na Psicologia Social: o estudo das Representações Sociais. Nessa obra, o autor estudou a representação social da Psicanálise para diversos setores da sociedade, tendo como objetivo observar o que acontece quando um novo corpo de conhecimento científico, como a psicanálise, passa a fazer parte do conhecimento leigo (FARR, 1995).

As representações sociais são “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que tem um objetivo prático, e, como tal, concorre para construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p. 22). Trata-se de um tipo de conhecimento do mundo compartilhado, geral e funcional, construído a partir de significações, dando sentido aos eventos novos ou não reconhecidos (JODELET, 1986).

O processo de construção da representação social permite às pessoas interpretar e conceberem aspectos da realidade para agir em relação a eles, uma vez que a representação toma o lugar do objeto social a que se refere e se transforma em realidade para os atores sociais. Por essa razão, as representações sociais podem servir como guias normativos para a ação dos indivíduos em contextos sociais precisos (BERTOLDO, 2014; MOSCOVICI, 1976).

Diante do desafio de familiarizar-se com objetos sociais ainda não familiares, o pensamento social pode operar de duas diferentes maneiras: através da ancoragem e da

objetivação. A ancoragem consiste no processo de classificação e categorização de novas informações sobre um objeto social ainda desconhecido a partir de estruturas de conhecimento anteriormente existentes e compartilhadas que podem torná-lo familiar. A objetivação, por outro lado, corresponde à concretização de noções inicialmente abstratas por meio de imagens ou ícones (VALA; CASTRO, 2013).

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E O ESTUDO DOS RISCOS COLETIVOS

Os riscos sociais são especialmente propícios a estudos de RS, uma vez que são frequentemente associados a novos objetos sociais (BREAKWELL, 2014). Entretanto, a TRS é ainda pouco valorizada nos estudos sobre o risco, tendo em vista que foi desenvolvida no contexto intelectual da Europa (GRUEV-VINTILA; ROUQUETTE, 2007), significativamente diferente do contexto que vigora nos Estados Unidos, berço dos estudos sobre a percepção de risco (BAGGIO; ROUQUETTE, 2006).

A TRS é a teoria do pensamento leigo, ou do senso comum; quando utilizada para compreender teoricamente os fenômenos coletivos de construção de riscos sociais, ela supera as limitações das explicações intra e interindividuais dos fenômenos estudados a partir de paradigmas individualistas (GUARESCHI; ROSO, 2014), como, por exemplo, a abordagem psicométrica. Além disso, a TRS propõe um quadro teórico compreensivo acerca de fenômenos que concernem simultaneamente a todos os diferentes níveis de análise da psicologia social (DOISE, 1982).

Por essa razão, os termos “percepção social do risco” e “representação social do risco” implicam paradigmas epistemológicos distintos dentro da psicologia social (RIJSMAN;

STROEBE, 1989). Os dois termos partem de diferentes pressupostos acerca da realidade e implicam diferentes níveis de explicação em psicologia social (DOISE, 1982). A percepção social do risco refere-se aos níveis intra e interindividual, enquanto a TRS problematiza essas mesmas questões também para os níveis posicional e ideológico.

Essa precisão sobre a abrangência epistemológica de cada uma das abordagens apresentadas acima permite melhor perceber de que forma eles podem ser integrados para uma análise mais completa dos riscos coletivos. Breakwell (2014) considera, por exemplo, que a TRS fornece uma teoria explicativa para melhor compreender os fenômenos que são observados e descritos a partir da abordagem psicométrica e da amplificação social do risco (SARF). Mais especificamente, “the genesis of the representation of hazards has significant implications for explanations of how (risk) intensification or attenuation might work” (BREAKWELL, 2014, p. 287).

Segundo a teoria das representações sociais (MOSCOVICI, 1976; JODELET, 2001), a representação somente existe na interação entre um objeto e um sujeito. Cabe sublinhar que, na teoria, falar de subjetividade remete a uma concepção do indivíduo não enquanto ser isolado, mas como atores sociais caracterizados por filiação social. A inserção dos indivíduos em grupos sociais reporta-se a dois aspectos da vida cotidiana em sociedade: de um lado, a participação em uma rede de interações por meio da comunicação interindividual; de outro, a pertença aos grupos sociais e culturais que definem a identidade (JODELET, 2007; TAJFEL, 1981).

Com base nas representações acerca de um fenômeno, os indivíduos são capazes de avaliar e se posicionar em relação aos riscos. Por exemplo, o estudo de Stedman, Davidson e Wellstead (2004) sobre a percepção dos riscos associados à

mudança climática com atores políticos no Canadá revelou que a posição social dos participantes (indústria, universidades, órgãos governamentais ou sociedades ambientalistas) influenciava de modo importante as suas visões do mundo e, consequentemente, suas percepções de risco. No entanto, crenças e conhecimentos específicos acerca das alterações climáticas apresentaram pouca influência sobre a sua percepção de risco.

Essas diferenças também foram significativas entre o público leigo e os cientistas. De acordo com o estudo de Lazo, Kinnell e Fischer (2000), o público leigo percebe os impactos da mudança climática como mais devastadores em comparação aos cientistas devido a um desconhecimento presumido a respeito do assunto. Os cientistas associam outras ideias ao fenômeno e acreditam que a mudança climática é menos controlável e compreensível em relação ao público leigo. Dessa forma, levar em conta os riscos sociais e coletivos enquanto objeto de representação social é considerar que os riscos também são um fenômeno socioambiental (BAGGIO; ROUQUETTE, 2006; GRUEV-VINTILA; ROUQUETTE, 2007).

PRÁTICAS SOCIAIS E PREVENÇÃO DE RISCOS

O aparecimento de eventos inesperados frequentemente suscita a emergência de novas práticas de adaptação à nova situação que podem tanto ser impostas do exterior quanto autoimpostas pelo próprio grupo (GUIMELLI, 2003). A abordagem estrutural das representações sociais prevê que

agir, ou se deter da ação ao risco depende da
força da função prescritiva da representação

social do risco, que orienta o comportamento coletivo, tais como se comprometer ao comportamento de mitigação de risco e à ação preventiva (GRUEV-VINTILA; ROUQUETTE, 2007, p. 572).

O fator que apoia a organização da estrutura de um componente funcional de uma representação social é a frequência das práticas relacionadas aos objetos de representação (GUIMELLI, 1995). Gruev-Vintila (2005) sublinha que para fortalecer aspectos funcionais da representação social se pode aumentar a experiência prática com o novo objeto como forma de prevenção por meio de treinos e simulações.

Quanto às práticas simuladas, um estudo de Bousfield e Camargo (2011) demonstra a importância do contexto interacional em comportamentos preventivos da aids. Os autores utilizaram duas abordagens diferenciadas para a divulgação do conhecimento científico sobre o HIV/Aids: vídeo informativo e caso simulado. Os resultados revelaram que as condições experimentais ativam elementos diferentes conforme o nível de interação dos indivíduos, ou seja, quanto mais significativas a interação e a discussão sobre o tema da aids – envolvendo conteúdos científicos, políticos, éticos e morais em detrimento de conteúdos visando apenas à utilização do preservativo –, mais elementos relacionados à prevenção eram ativados na estrutura da representação social da aids. Essas estratégias agem no que se chama de contexto interacional, o campo de

relações entre o indivíduo e o objeto social, em que entra em ação o conhecimento representacional (MOSCOVICI, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como descrevemos ao longo deste capítulo, diferentes abordagens podem ser utilizadas para analisar as respostas coletivas aos riscos. Abordagens mais individualistas como a psicométrica (SLOVIC, 2000) avaliam como é que as atribuições leigas a certos riscos se assemelham ou diferem do perigo que lhes é realmente associado (por exemplo: mortalidade). Além da abordagem psicométrica, a outra abordagem proposta pela escola norte-americana da análise de risco, considerada especialmente integrativa (ROSA, 2003), é a da amplificação social do risco (KASPERSON, R. et al., 1988). Essa abordagem considera que os riscos são de fato socialmente construídos e que alguns deles, como vivemos numa sociedade altamente mediatizada na qual as informações raramente nos chegam em primeira mão, são amplificados enquanto outros são atenuados. Essa abordagem permaneceu, entretanto, bastante descritiva e não chegou a fundamentar uma teoria testável e compreensível dos fenômenos associados aos riscos coletivos (BREAKWELL, 2014). Nesse sentido, as representações sociais surgem como um quadro teórico complementar às abordagens exploradas

anteriormente, visto que é capaz de integrar níveis de análise desde o intraindividual até o societal (DOISE, 1982).

REFERÊNCIAS

BAGGIO, S.; ROUQUETTE, M.-L. La représentation sociale de l'inondation: influence croisée de la proximité au risque et de l'importance de l'enjeu. **Bulletin de Psychologie**, v. 59, n. 1, p. 103-117, 2006.

BECK, U. **Risk society: towards a new modernity**. London: Sage, 1992.

BERTOLDO, R. **A valorização social do pró-ambientalismo enquadrado por normas formais: uma análise psicossocial comparativa entre Brasil e Portugal**. 2014. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Escola de Ciências Sociais e Humanas, Instituto Universitário de Lisboa, 2014. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/8490/1/PhD_BertoldoR_2013.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2017.

BOUSFIELD, A. B. S.; CAMARGO, B. V. O papel da interação na divulgação do conhecimento científico sobre a aids. **Acta Colombiana**, v. 14, p. 31-45, 2011. BREAKWELL, G. M. Mental models and social representations of hazards : the significance of identity processes. **Journal of Risk Research**, v. 4, n. 4, p. 341-351, 2001. doi:10.1080/1366987011006273.

_____. **The psychology of risk**. Cambridge: Cambridge University Press, 2014.

BREAKWELL, G. M.; BARNETT, J. Social amplification of risk and the layering method. In: PIDGEON, N.; KASPERSON, R. E.; SLOVIC, P. (Ed.). **The social amplification of risk**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. p. 80-101.

BURGESS, A. Media, risk and absence of blame for “acts of God”: attenuation of the European volcanic ash cloud of 2010.

Risk Analysis, v. 32, n. 10, p. 1693-1702, 2012. doi:10.1111/j.1539-6924.2012.01803.

DEFLEUR, M. L. **Theories of Mass Communication**. New York: D. McKay, 1966.

DOISE, W. **L'explication en psychologie sociale**. Paris: Presses Universitaires de France, 1982.

DOUGLAS, M. **Risk and blame-essays in cultural theory**. London: Routledge, 1992.

FARR, R. M. Representações sociais: A teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Ed.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 31-59.

FISCHHOFF, B. et al. How safe is safe enough? A psychometric study of attitudes towards technological risks and benefits. **Policy Sciences**, v. 9, p. 127-152, 1978.

GRUEV-VINTILA, A. **Dynamique de la représentation sociale d'un risque collectif et engagement dans les conduites de réduction du risque**: le rôle des pratiques, de l'implication et de la sociabilité. 2005. Thèse (Doctorat) – École doctorale 261, Cognitions, Université Paris Descartes, Paris, 2005.

GRUEV-VINTILA, A.; ROUQUETTE, M.-L. Social thinking about collective risk: how do risk-related practice and personal involvement impact its social representations? **Journal of Risk Research**, v. 10, n. 4, p. 555-581, 2007.

GUARESCHI, P.; ROSO, A. Teoria das representações sociais: sua história e seu potencial crítico e transformador. In: CHAMON, E. M.; GUARESCHI, P. A.; CAMPOS, P. H. (Ed.). **Textos e debates em representação social**. Porto Alegre: ABRAPSO, 2014. p. 17-40.

GUIMELLI, C. Valence et structure des représentations sociales. **Bulletin de psychologie**, v. 49, n. 422, p. 58-72, 1995.

GUIMELLI, C. Le modèle des schèmes cognitifs de base (SCB): méthodes et applications. In: ABRIC, J. C. (Ed.). **Méthodes d'études des représentations sociales**. Saint Agne: Eres, 2003. p. 119-143.

HERMAND, D. et al. La perception des risques sanitaires "émergents": tabagisme passif, téléphone mobiles, climatisation collective. **Cahiers de Recherches de la Mire**, v. 16, p. 28-32, 2003.

JODELET, D. La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, S. (Ed.). **Pensamiento y vida social**. Barcelona: Paidós, Psicología Social, 1986. v 2. p. 469-494.

_____. Representações sociais: um domínio em expansão. In: _____. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p. 187-203.

_____. Imbricações entre representações sociais e intervenção. In: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V. (Ed.). **Contribuições para a teoria das representações sociais**. João Pessoa: Editora da UFPB, 2007. p. 45-74.

KASPERSON, R. E. et al. The social amplification of risk: a conceptual framework. **Risk Analysis**, v. 8, p. 177-187, 1988.

KASPERSON, J. X. et al. The social amplification of risk: assessing fifteen years of research and theory. In: PIDGEON, N.; KASPERSON, R. E.; SLOVIC, P. (Ed.). **The social amplification of risk**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. p. 13-79.

LAZO, K. E.; KINNELL, J. C.; FISCHER, A. Expert and layperson perceptions of ecosystem risk. **International Journal Risk Analysis**, v. 20, n. 2, p. 179-194, 2000.

LEPLAT, J. Risque et perception du risque dans l'activité. In: KOUABENAN, D. R. et al. (Ed.). **Psychologie du risque: identifier, évaluer et prévenir les risques**. Bruxelles: De Boeck Université, 2006. p. 15-27.

LEWIS, R. E. ; TYSHENKO, M. G. The impact of social amplification and attenuation of risk and the public reaction to mad cow disease in Canada. **Risk Analysis**, v. 29, n.5, p. 714-728, 2009.

LUHMANN, N. **Trust and power**. Chichester: Wiley, 1979.

MACHLIS, G. E.; ROSA, E. A. Desired risk broadening the Social Amplification of Risk Framework. **Risk Analysis**, v. 10, n. 1, p. 161-168, 1990.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris: P.U.F, 1976.

_____. O fenômeno das representações sociais. In: _____. (Ed.). **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 29-109.

MOSER, G.; WEISS, K. **Espaces de vie**: aspects de la relation homme-environnement. Paris: Armand Colin, 2003.

PERETTI-WATEL, P. **Sociologie du risque**. Paris: Armand Colin, 2001.

POUMADÈRE, M.; BERTOLDO, R. Risk information and minority identity in the neighbourhood of industrial facilities. **Catalan Journal of Communication and Cultural Studies**, v. 2, n. 2, p. 213-229, 2010. doi:10.1386/cjcs.2.2.213.

RIJSMAN, J.; STROEBE, W. Introduction: the two social psychologies or whatever happened to the crisis? **European Journal of Social Psychology**, v. 19, p. 339-344, 1989.

ROSA, E. A. Logical structure of the social amplification of risk framework (SARF): metatheoretical foundations and policy implications. In: PIDGEON, N.; KASPERSON, R. E.; SLOVIC, P. (Ed.). **The social amplification of risk**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. p. 46-76.

SLOVIC, P. Perception of risk. **Science**, v. 236, p. 280-285, 1987.

_____. Perception of risk. In: _____. (Ed.). **The perception of risk**. London: EarthScan, 2006. p. 220-232. (Original published in 2000).

STEDMAN, R. C.; DAVIDSON, D.; WELLSTEAD, A. M. Risk and climate change: perceptions of key policy actors in Canada. **Risk Analysis**, v. 24, n. 5, p. 1393-1404, 2004.

STERN, P. C. Toward a coherent theory of environmentally significant behavior. **Journal of Social Issues**, v. 56, p. 407-24, 2000.

TAJFEL, H. **Human groups and social categories: studies in social psychology**. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.

THE UNKNOWN Known. Direção: Errol Moris. Estados Unidos, 2013. 105 min.

VALA, J.; CASTRO, P. Pensamento social e representações sociais. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Ed.). **Psicologia social**. 9. ed. rev. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2013. p. 569-602.

CAPÍTULO 16

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, AVALIAÇÃO DE RISCO E PRÁTICAS SOCIAIS NA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA AIDS

Maria Eliane Liégio Matão
Pedro Humberto Faria Campos

INTRODUÇÃO

A pandemia do HIV/Aids trouxe consigo, além da destruição do sistema imunológico das pessoas infectadas, sérias implicações sociais. Desde que surgiu, apresentou, de forma incontestada, uma estreita relação entre comportamento e atitude relacionados com a vida sexual. Especificamente no que se refere à vivência da sexualidade, há uma pluralidade de fatores implicados, dentre os quais, certamente, se colocam com forte ênfase as relações de gênero numa perspectiva relacional e transversal. Nesse contexto, também se destacam questionamentos relativos a sexo, práticas preventivas, fidelidade, confiança, afeto, saúde e doença, vida e morte. De certo modo, esse aspecto determinou limites às pessoas, bem como mudanças nas formas de pensar, agir, perceber e conviver em sociedade.

Entretanto, as temáticas implícitas nas questões relativas ao HIV/Aids podem causar conflitos e constituir ameaça às crenças e aos valores das pessoas. Tal perspectiva pode dificultar, e muitas vezes até impedir, a percepção dos riscos e vulnerabilidade aos quais se submetem, com impacto direto na capacidade de reflexão acerca da totalidade de condições presentes, assim como na adesão às medidas preventivas. Frente ao exposto, passou-se a questionar: como se organiza

o sistema de representações e práticas que regulam a conduta social de jovens mulheres?

No cotidiano, dados nacionais e internacionais mostram a série de fatores envolvidos no exercício de poder e autonomia dos sujeitos frente aos diferentes aspectos da vida, inclusive relativo à própria intimidade das pessoas. No que se refere às práticas sexuais, Souza Filho (2000), em estudo sobre as dimensões da vida afetiva e sexual, apresenta resultados com fortes tendências socioculturais capazes de afetar a adoção de medidas preventivas. Finkler, Oliveira e Gomes (2004) reiteram que as dificuldades e restrições para a adoção sistemática do preservativo estão mais relacionadas aos homens, pensamento que coincide com o Paiva (2002), o que de um modo geral pode ser facilmente explicado por falta de interesse nesse uso. Entre as mulheres, o principal argumento para justificar a opção por não usar o preservativo tem caráter subjetivo e se refere à interferência na proximidade do casal, especialmente nos casos tidos como parceria fixa ou estável. Também nesse ponto, Oltramari e Camargo (2004) alertam para aspectos importantes revelados por profissionais do sexo que influenciam na adoção de medidas preventivas para as DSTs e contracepção. Esses e outros estudos dão a extensão da problemática que envolve os aspectos relacionados aos padrões de negociação e adoção de medidas preventivas pelos parceiros.

RISCO: RELAÇÕES ENTRE TEORIA E PRÁTICA

A noção de risco ganhou importância tanto acadêmica como social nas últimas décadas do século XX. Três campos contribuíram de modo decisivo para seu enraizamento, sua

teorização e a busca de modelos de intervenção. O campo do urbano contribuiu com sua inesgotável discussão sobre o estresse e a violência e sobre seu correlato, a insegurança. A percepção de risco e o sentimento de insegurança são dois novos fenômenos discutidos na construção da noção de risco. O segundo campo é o da relação com o ambiente, particularmente colocada em questão nos episódios históricos de catástrofes ambientais, sendo o acidente nuclear de *Chernobyl* um “paradigma”, ou divisor de águas, o exemplo mais contundente, identificando-se, mais recentemente, o conjunto de alterações climáticas, com tempestades, vulcões, ondas de calor etc. O terceiro campo foi o da saúde, a partir da chamada “nova concepção de saúde” como bem-estar e não mais como ausência de doença.

É claro que o desenvolvimento do uso da estatística nas ciências humanas aplicadas (geografia, epidemiologia e economia como exemplos fortes) ajudou a crescer uma visão probabilística dos fenômenos naturais, depois dos fenômenos urbanos e, em seguida, do corpo e da mente. Nesse ambiente do pensamento científico, a noção de “perigo” vai se tornar objeto de investigação.

A noção de risco, como exposição ao perigo, é tomada como um objeto importante na sociologia. Nos anos 1980, Beck (2001) cunhou a expressão “sociedade do risco”, pouco depois da catástrofe nuclear de *Chernobyl*. Sua análise central se constrói em termos de considerar que a sociedade moderna criou potentes meios de causar dano a si mesma, tornando-se sensível aos riscos industriais, ambientais e nucleares. Ele aponta a importância de se compreender teoricamente esses riscos, criando modelos teóricos de explicação que levem em conta o valor da informação e da mídia na sua gestão. O autor defende que a ciência deve ser compreendida como um “órgão da percepção”, uma

vez que, frequentemente, os riscos não são visíveis nem tangíveis. As pessoas, em geral, não sabem que estão expostas a eles!

Para Giddens (1991), a ideia de uma “sociedade do risco” pode ser exagerada, contudo, ele considera que a dimensão do risco apresenta uma grande importância nas sociedades da modernidade tardia. Segundo seu pensamento, a modernidade instalou e operou processos contínuos de desencaixe das relações tempo-espaço, ou seja, promoveu o deslocamento sem cessar das pessoas, afastando-as das suas referências de locais e tempo de vida. Esses desencaixes foram necessários para quebrar o antigo vínculo social comunitário pré-moderno. Sua consequência foi o afastamento do indivíduo de suas âncoras tradicionais da identidade. Isso também foi feito para que as pessoas confiassem nos sistemas abstratos ou “sistemas peritos” de organização do mundo social, gerados e regulados pelas instituições modernas. Esses sistemas abstratos solicitam que os indivíduos não confiem mais nos seus próximos (uma vez que se encontram desencaixados, portanto, longe dos próximos) ou em pessoas. Assim, a confiança foi deslocada de um modo de vida amparado na mutualidade e na intimidade para as instituições modernas.

Morin (2004) analisa que, ao final dos anos 1980, a questão da gestão do risco já se encontrava na ordem do dia da sociologia, da economia, da antropologia e da psicologia da saúde, disciplina ainda emergente no período. Dois traços fundamentais são identificados: a) a heterogeneidade desigual da exposição ao perigo e a globalização progressiva dos riscos. Beck (2001) aponta, sem a menor dúvida, a associação entre a produção social das riquezas e a produção social dos riscos; b) o papel da ciência, chamada a produzir indicadores

objetivos, positivos e visíveis que permitiriam a construção ativa de uma percepção inequívoca do risco.

No campo da saúde, a noção de risco tem uma longa história. Depois da Segunda Grande Guerra, a OMS começa a promover a concepção de “saúde positiva” e a necessidade de se mensurar a doença e a saúde (GOLDENBERG et al., 1975). Assim, a natalidade, a morbidade e a qualidade de vida são construtos que fornecem indicadores objetivos sobre o “estado de saúde” de uma população. Goldenberg (1982) emprega a noção de contínuo saúde-doença. Na psicologia da saúde, logo em seguida, forja-se o contínuo mal-estar/bem-estar.

A necessidade de mensuração produz, nas décadas imediatamente após a Segunda Guerra, um conjunto considerável de informações, que, por sua vez, apontam para uma incômoda vinculação: variáveis sociodemográficas e sociais parecem, em muitos casos, estar correlacionadas ao fluxo das doenças. Nesse sentido, torna-se inequívoca a relação entre classe social e “saúde” (HERTZMAN; FRANK; EVANS, 1996). Na verdade, o que se passou a identificar foi a determinação social de várias patologias (BERKMAN; KAWACHI, 2000; MORIN, 2004). Mais tarde, passa-se a verificar que algumas síndromes (como a Aids, a obesidade ou a esquizofrenia) têm uma determinação social, porém não se restringem a variáveis clássicas como gênero, classe social, faixa etária ou etnia.

Sem dúvida, o olhar para as variáveis sociais que participam do processo de produção, difusão ou manutenção das doenças levou a uma “comportamentalização” da saúde. Nesse movimento de mudança cultural com relação à saúde, nasce a noção de “comportamentos nocivos à saúde”, promotores do mal-estar e seus correspondentes, do outro lado do *contínuo*, os “comportamentos de proteção”.

Dois aspectos desse processo devem ser interrogados e analisados. Primeiramente, cita-se o debate sobre o risco, amparado na crise da vida urbana – estressante e violenta, dizem os teóricos defensores da noção de risco –, e as catástrofes ambientais criam uma imagem paranoica da sociedade e também da saúde. O segundo aspecto refere-se à aplicação de medidas e cálculos às manifestações patológicas que, associada ao crescente uso dos conhecimentos epidemiológicos nas políticas públicas de saúde, não causou o impacto de redução que se poderia esperar (MORIN, 2004). O comportamento humano para a saúde parecia ainda resistir aos avanços da ciência moderna sobre o corpo. Nesse contexto, surgem os modelos explicativos.

A importância dos elementos teóricos e práticos associados ao conhecimento e controle destes comportamentos (hábitos nocivos e comportamentos de proteção) foi e ainda é uma base essencial de modificação de recursos de diferentes ramos e orientações da psicologia a serviço das finalidades da saúde pública e da otimização dos cuidados. Esta mobilização se traduz hoje em um repertório considerável de “modelos” que foram tomados emprestados das correntes teóricas dominantes na psicologia (teorias cognitivas, teorias do reforçamento) e nesses últimos anos, mais particularmente, da orientação sociocognitiva (MORIN, 2004, p. 34).

O conjunto de modelos de inspiração cognitiva se funda na tomada da intenção, como uma resultante de outros componentes cognitivos, todos podendo ser tratados separadamente como variáveis, ou seja, passíveis de mensuração. Um

subconjunto é formado de variáveis de avaliação (gravidade percebida, vulnerabilidade percebida, capacidade percebida de ação ou de controle). Outro subconjunto é composto de crenças acerca do indivíduo, do corpo, da situação, do apoio social ou médico que podem ser recebidos, sendo que essas crenças influenciam as primeiras. O eixo epistêmico é a noção de disponibilidade interna. Nesse contexto, destacam-se as teorias da ação antecipada ou teorias do comportamento planejado (AJZEN; FISHIBEIN, 1980; FISHIBEIN; AJZEN, 1975), as quais colocam no centro do modelo explicativo um “conceito” interessante de “normas subjetivas”, associadas à atitude para com as ações “planejadas” ou intencionadas, e a capacidade percebida de controle. A norma subjetiva é definida como a percepção de uma pressão social incitando a realizar ou não um dado comportamento. Esses modelos foram duramente criticados por serem individualizantes e lineares (como se os processos cognitivos seguissem sem hesitação um encadeamento linear). Para Schwartz (1995), esses modelos pecavam no aspecto dinâmico e temporal, nos quais o papel da percepção do risco é superestimado: na realidade, o valor do sentimento de vulnerabilidade produzido pela percepção de um perigo é alterado no tempo, solicitando uma operação cognitiva de monitoramento, um processo cognitivamente determinado de controle da ação.

As práticas relativas à saúde passam a ser compreendidas como pertencentes também a um universo cognitivo. Em vários campos, esses modelos trazem alguma contribuição, contudo esbarram naqueles comportamentos chamados genericamente de culturais. São relativamente recentes o desenvolvimento e a aplicação de modelos sociocognitivos (MORIN, 2004) que integram a cultura ou conjuntos de crenças mais complexos e organizados, determinados na história das culturas e partilhados pelos grupos.

A aplicação da Teoria das Representações Sociais ao campo da saúde começou em 1969 com o estudo de Herzlich (1986).

Inquéritos repetidos aplicados na Franca demonstram uma melhora no nível de conhecimento da população sobre a transmissão e prevenção do HIV/Aids. Entretanto, nas práticas adotadas, persistiam diversos graus de dificuldade na identificação correta dos mecanismos de infecção (POLLAK; DAB; MOATTI, 1989). Na mesma direção, a pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) constatou que os níveis de conhecimento sobre as DST/Aids não alteravam o comportamento sexual de risco (CEBRAP, 2000). Assim, nem sempre um melhor conhecimento leva também a comportamentos, atitudes mais tolerantes ou diminuição na sensação de temor pela doença (MOATTI; DAB; POLLAK, 1992).

O adequado enfrentamento da epidemia, sobretudo no sentido de transformar as práticas de saúde, implicou a evolução conceitual da concepção de risco. Inicialmente, se trabalhava com a expressão fator de risco (GUILHEM, 2005). Em substituição, adotou-se o conceito de grupo de risco, o qual foi amplamente difundido, mas que se mostrou indutor de preconceito contra grupos minoritários, os primeiros infectados pelo HIV (homossexuais, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo). Progressivamente, passou a receber críticas e logo foi adotada a ideia de comportamento de risco, que se mostrou igualmente restrita e de certa forma contribuiu para a manutenção do preconceito e exclusão para com os grupos, em razão da acentuada participação individual no quesito prevenção. Nesse contexto, exige-se para além de informação e vontade pessoal, mas, também, conforme Ayres et al. (1999, p. 54), “passa por coerções e recursos de natureza cultural,

econômica, política, jurídica e até policial, desigualmente distribuídos entre os gêneros, países, segmentos sociais, grupos étnicos, faixas etárias”.

Na tentativa de superar as fragilidades verificadas, o termo vulnerabilidade passou a ser utilizado para o enfrentamento da doença. Seu conceito mais amplo reúne características relacionadas aos aspectos individuais e coletivos, os quais aumentam ou diminuem a susceptibilidade à infecção (BUCHALLA; PAIVA, 2002). De modo complementar, Guilhem (2005, p. 63) acrescenta que vulnerabilidade é

o elemento resultante de uma conjunção de fatores individuais (biológicos, cognitivos e comportamentais), programáticos (programas de prevenção, educação, controle e assistência, bem como vontade política), sociais (relacionados às questões econômicas e sociais) e culturais (submissão a padrões e crenças morais, hierarquias, relações de poder, questões de gênero), interdependentes e mutuamente influenciáveis, assumindo pesos e significados diversos que variam no decorrer do tempo e determinam o grau de susceptibilidade e condições de respostas de indivíduos e comunidades em relação ao HIV/Aids.

AValiação de RISCO e a Relação entre Representações e Práticas Sociais

Moscovici (1994) considera a existência de duas categorias de “fatos”: os chamados “anônimos”, mais marcados pelas trocas intersubjetivas; e os chamados “fatos nomeados”, aqueles sustentados por e para os especialistas (da ciência, da religião, da arte etc.), através de teorias, também “especializadas”, e que são objetivados pelas instituições. Os fatos que constituem os fenômenos sociais passíveis de serem objeto de representação social são da segunda ordem e têm um caráter polimorfo (MOSCOVICI, 1994). Assim, trata-se bem das situações reais, concretas e coletivas em que convém distinguir claramente os “fatos objetivos” e os “fatos sociais”, ou, em outra linguagem, discernir os fenômenos “objetivos” dos fenômenos (“objetos”) “representados”. O RISCO é um fenômeno desse tipo.

O interesse no estudo das representações sociais reside no fato de que, dada a sua natureza de conhecimento socialmente gerado e partilhado, as representações sociais produzem duas consequências: a) uma vez instalada, estabelecida por um determinado grupo social, uma dada representação resiste às mudanças do meio social, salvo nas condições em que essas transformações são drásticas e atacam o núcleo central das representações; b) as representações sociais funcionam como uma norma social (corolariamente como norma grupal, com seus efeitos de conformidade, nos casos de maiorias nômicas, e seus efeitos de inovação, nos casos de maiorias anômicas), autorizando o que é considerado como “obrigatório” para se definir o objeto ou se relacionar com ele, o que é “comum” (frequente), “eventual” (excepcional) e o que é “inaceitável”, “anormal” (contra a norma do grupo para o objeto em questão).

As representações sociais permitem ainda um conhecimento implícito, quase intuitivo, da parte dos sujeitos, acerca do caráter normativo ou contranormativo de um tipo de comportamento ou julgamento. Nesse sentido, pode-se também afirmar que toda representação social tem implicações éticas, em termos do que pode ou do que deve, bem como do que não pode ou não deve ser feito em determinadas situações, face a determinados objetos.

O tema das relações entre práticas sociais e representações sociais não é novo. Desde a retomada do interesse pela TRS, em meados dos anos 1980, multiplicam-se os estudos que visam, direta ou indiretamente, a compreensão das práticas pela via das representações sociais, como pode ser exemplificado pelo vasto conjunto de estudos sobre a representação social do trabalho docente. As relações de influência são complexas, sendo necessário atualmente delinear sob quais condições as práticas determinam as representações sociais e sob quais outras ocorre o inverso. O estado atual da teoria nos mostra que três condições afetam a relação entre as práticas e as representações: a) a percepção que os sujeitos têm da situação como sendo reversível ou irreversível; b) o grau de autonomia dos sujeitos em face de cada situação específica; c) por fim, o grau de ativação das cargas afetivas mobilizadas, tendo como referência a memória coletiva.

Nas situações reais, os sujeitos raramente se deparam com um objeto isolado ou se ancoram em uma única representação para identificar a situação, avaliar as condutas possíveis e agir. Segundo formulação de um dentre nós (CAMPOS, 2003a, 2003b), os sujeitos constroem “Sistemas Representacionais” complexos para fazer frente às situações sociais mais complexas, como

a das práticas profissionais, das situações de exclusão ou o comportamento no trânsito, por exemplo.

Nesses sistemas, as práticas reais, efetivas, são incorporadas como formas cognitivas pré e pós-ato, tanto no sentido da orientação das ações futuras como na justificativa dos comportamentos adotados. A questão é que essa regulação das práticas pelas representações não é individual, funciona para cada indivíduo, porém seu mecanismo é social, ou seja, grupal.

Assim, uma representação social define, para um dado grupo, quais as propriedades que um objeto deve ter para ser reconhecido como tal objeto e não como outro. Moliner (1992) formula essa proposição em termos de “guia de leitura da realidade”. Desse modo, uma representação social é uma norma grupal, no sentido de que ela define (normatiza) o que é para determinado grupo, e não para outro grupo, o objeto em questão. Em um segundo sentido, já examinado em maior detalhe em outros trabalhos (CAMPOS, 2003a, 2003b), as representações sociais produzem normas de conduta e regulam os comportamentos, prescrevendo possibilidades de ação: os comportamentos frequentes ou comuns, os comportamentos pouco frequentes ou pouco prováveis, porém aceitáveis ou “justificáveis”, e aqueles que são considerados “inaceitáveis”, não condizentes com o objeto social representado.

Em síntese, a mudança de comportamentos, passando de uma situação na qual as condutas do sujeito o colocam em posição de vulnerabilidade para outra de adoção de condutas, a fim de anular ou reduzir os riscos, é mediada: a) pelo conjunto – ou sistema – de representações sociais dos objetos diretamente envolvidos; b) por uma avaliação sobre o controle ou não da situação através das condutas dos sujeitos, ou seja, a avaliação ou “percepção do risco” e da capacidade de enfrentar

– controlar – esse risco; c) pelos fatores culturais e sociais que afetam essa percepção, principalmente as condições objetivas de agir e a influência grupal; d) pela representação das práticas sociais mantidas, legitimadas e valorizadas pelo grupo social com relação ao qual o sujeito alimenta um sentimento de identidade, ou seja, pelas práticas de seu “grupo identitário” (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Desejamos aqui destacar o ambiente cultural composto pelas representações das práticas existentes referentes ao objeto de representação em questão, de modo que tomamos como ilustração o campo da determinação social da epidemia da Aids. Muitos estudos realizados em um período inicial de difusão da Teoria das Representações Sociais (TRS) no Brasil induziram vários pesquisadores a pensar os estudos de RS nos mesmos termos dos modelos de estudo de atitudes, em suas duas primeiras gerações, fundados na mudança de atitudes, adesão a crenças e formação de uma intenção comportamental. Nesse contexto, entravam em jogo: a) difundir as informações cientificamente corretas sobre a Aids e seu contágio; b) levar os sujeitos a avaliar seu risco; c) produzir campanhas para adesão à crença relativa à prevenção pelo uso consistente da camisinha. Uma vez adotadas a “crença geral” (no caso, a RS adequada da Aids e suas formas de contágio) e a “crença específica” (*scripts*, chamados por alguns de “crenças comportamentais”, nesse caso, por exemplo, “o uso da camisinha previne a Aids”), seria formada a intenção do uso do preservativo.

Porém, as condutas são objeto de regulação social mais complexa, por isso, propõe-se pensar em termos de sistemas (DOISE, 1993; ABRIC, 1996; CAMPOS, 2003a), para dar conta de uma dimensão temporal e de um raciocínio mais complexo acerca do risco e da percepção de controle da situação, sendo

que essas duas últimas variáveis recebem a influência social de discursos dos outros grupos e das práticas existentes no ambiente cultural.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ASSOCIADAS AO SEXO, DST E RISCO EM JOVENS MULHERES

Destacamos aqui um estudo realizado por Matão (2011), que partiu da constatação do crescimento, ao longo dos anos 2000, de contaminação pelo HIV em um grupo social até então pouco significativo do ponto de vista epidemiológico: jovens mulheres em idade reprodutiva, habitando cidades de médio porte do interior. Nosso objetivo não é relatar a pesquisa, mas tomar alguns de seus resultados para ilustrar a complexa relação entre crenças (organizadas em sistemas complexos, as representações sociais) e práticas.

A investigação foi formulada a partir de estudos recentes relativos à permanência de mulheres em condição de vulnerabilidade, apesar do conhecimento objetivo já adquirido sobre práticas relacionadas à prevenção de DST/HIV/Aids. Foi realizado um estudo exploratório, do tipo descritivo com abordagem qualitativa, a partir de pesquisa de campo em quatro cidades de médio porte do interior do estado de Goiás. Os municípios foram

selecionados conforme critério de conveniência para garantir maior possibilidade de semelhança quanto ao modo de vida dos sujeitos. A escolha das unidades de saúde campo da pesquisa em cada localidade se deu a partir da verificação da oferta de serviço especializado (ambulatório de ginecologia com coleta de material para prevenção do câncer de colo de útero) de modo regular, no mínimo uma vez por semana.

Participaram mulheres com idade entre 18 e 35 anos, solteiras, sexualmente ativas nos últimos doze meses que antecederam a pesquisa e usuárias do serviço público de saúde local, referência no atendimento de ginecologia para o município selecionado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

UM “CONJUNTO” DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PERCEPÇÕES ACERCA DO RISCO

Três questões de evocação foram aplicadas, tendo como termos ou expressões indutores: “Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)”, “Risco de pegar uma DST” e “Sexo” (N=112).

Aids	35
Prevenção	35
Medo	32
Cuidado	29
Preservativo	28

Quadro 1 – Elementos relevantes da representação social de “Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST” em jovens mulheres – Goiás, 2011.

Não usar Preservativo	48
Medo	35
Falta de Cuidado	29
Traição	27
Prevenção	25
Muitos parceiros	19

Quadro 2 – Elemento relevantes da representação social de “Risco de pegar uma DST” em jovens mulheres – Goiás, 2011.

Prazer	67
Amor	58
Camisinha	29
Confiança	26
Desejo	23

Quadro 3 – Elementos relevantes da representação social de “SEXO” em jovens mulheres – Goiás, 2011.

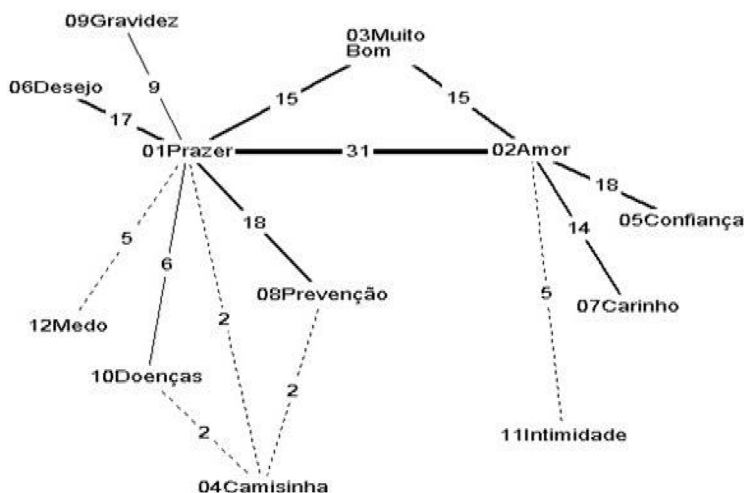


Figura 1 – Árvore máxima da representação social de SEXO em jovens mulheres – Goiás, 2011.

Parece que, independentemente de variáveis individuais, mas fortemente influenciadas por fatores socioculturais e psicoemocionais, a subestimação de risco e a vulnerabilidade estão igualmente marcadas por crenças e mitos sobre sexualidade. A associação de questões ligadas ao mito do amor romântico e às ideias indicadas pelo senso comum sobre sexualidade culmina no produto prática sexual de risco, sobretudo na prevenção e controle de DST/HIV. Então, de particularmente vulneráveis à infecção por razões biológicas, os contornos do risco se ampliam pelo contexto histórico e sociocultural em que estão inseridas.

Em seguida, perguntamos acerca da autopercepção de risco ou não de contágio para o HIV e a respeito das justificativas que elas acreditavam ser justas ou válidas para se usar o preservativo em uma relação sexual.

	Freq	%
Não	35	31,3
Sim	33	29,5
Talvez	32	28,6
Não Respondeu	12	10,6
Total	112	100,0

Quadro 4 – Distribuição da autopercepção de jovens mulheres quanto à vulnerabilidade ao risco de infecção pelo HIV/Aids – Goiás, 2011.

De modo afirmativo, pode-se mencionar que no grupo a prática de prevenção está incorporada como crença consensual. Está consolidado entre as mulheres que a prevenção se faz pelo uso de preservativo, porque previne contra DST, mas absolutamente condicionada, uma vez que há forte associação entre amor e confiança, casos em que consideram que é dispensável qualquer prevenção. Essa forma de pensar é regida por uma lógica interna, pessoal, circunstancial e multideterminada que subdimensiona o risco pessoal de se infectar, portanto pode autorizar o comportamento sexual desprotegido. Em contexto semelhante, embora distante da sua realidade, elas percebem a exposição dos outros que não se cuidam, uma indicação da existência de uma zona muda.

Justificativa	F	%
Protege contra o HIV/Aids	103	92,0
Protege nas relações de risco	52	46,4
Protege contra as DST	86	76,8
Protege contra a gravidez	43	38,4
Mostra interesse pela prevenção	41	36,6

Quadro 5 – Justificativas mais importantes para o uso do preservativo segundo jovens mulheres – Goiás, 2011.

Tabela 1 – Distribuição da percepção que jovens mulheres têm das práticas sexuais com relação ao tipo e quantidade de parceiro – Goiás, 2011.

Assertivas	Nenhuma		Algumas (poucas)		Muitas		Todas		Não Respondeu	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Quantas mulheres mantêm relações sexuais com outros parceiros além do namorado ou parceiro fiel?	23	20,5	41	36,6	42	37,5	05	4,5	01	0,9
Quantas mulheres mantêm relações sexuais com pessoas que elas conhecem pouco ou acabaram de conhecer?	17	15,2	44	39,3	43	38,4	06	5,4	02	1,8
Quantas mulheres mantêm relações sexuais com homens que não usam preservativo?	04	3,6	28	25,0	70	62,5	09	8,0	01	0,9
Quantas mulheres mantêm relações sexuais com parceiros que têm outras parceiras?	14	12,5	45	40,2	51	45,5	01	0,9	01	0,9
Quantas mulheres mantêm relações sexuais com parceiros que são casados com outra mulher?	28	25,0	41	36,6	39	34,8	02	1,8	02	1,8

De início, evidenciam-se mudanças nas condutas relativas à prática sexual, apontadas na literatura acerca de períodos

anteriores como marcadas por uma repressão e controle da atividade sexual feminina, nos contextos caracterizados pela moral rural e religiosa. Questões pertencentes à vida sexual antes eram consideradas pouco acessíveis ou pouco presentes entre mulheres, sendo hoje relatadas sem barreiras, por exemplo, relacionar-se sexualmente antes do casamento e desvinculado do objetivo procriação. Com isso, verifica-se que o relacionamento amoroso sexual acontece como parte integrante da vida, independentemente da existência ou não de fatores de risco, o que reafirma a dissociação entre sexo, procriação e relações amorosas. Há reconhecimento de relações antes “malvistas socialmente” ou vistas como alvo de censura pública, como o sexo casual ou a relação como homens que têm esposa ou parceira fixa. Isso resulta, por certo, na prática de comportamento sexual *vulnerável*, aquele em que o uso do preservativo pode ser ocasional, não sistemático, apesar da autoavaliação das mulheres sobre a existência de risco nesses comportamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo lança luz sobre temas que influenciam, diretamente, as mulheres jovens na adoção de práticas sexuais preventivas ou de exposição para as DST/Aids. Nesse sentido, as características comportamentais e da autopercepção de vulnerabilidade podem ser explicadas a partir do sistema sociocognitivo produzido e sustentado pela relação crenças-práticas.

As representações sociais de sexo estão alicerçadas em dois eixos fundamentais (estruturantes), identificados como amor e prazer, o que relativiza a visão idealizada e romântica tradicionalmente concebida aos relacionamentos íntimos.

Ainda assim, verifica-se a existência de forças simbólicas relativas ao conceito de amor (e o que ele representa), afinal a herança é secular e pode-se afirmar que continua influenciando, não mais direta e substancialmente, a direção do pensamento no sentido das práticas preventivas de controle das DST/HIV. Elas reconhecem as duas dimensões atribuídas ao sexo, o que nos autoriza a afirmar que entre as mulheres há distinção de que ora podem fazer sexo por amor, ora por prazer, ora para a obtenção de ambos.

No estudo, a percepção que as mulheres têm da existência ou não de risco pode ser traduzida por meio da presença ou não do sentimento de amor e/ou confiança para com o companheiro. Os resultados mostram que o envolvimento emocional (pode não ser exatamente amor) relativiza essa percepção, no sentido de diluir o risco existente. Com isso, pode-se mencionar, também, certa ocorrência na seleção de parceiros pela afetividade.

Em síntese, ainda que os resultados apresentados tenham um caráter ilustrativo, podemos supor que um sistema de representações DST-SEXO-RISCO indica que, para essas mulheres: a) as relações sexuais, especialmente quando envolvem vários parceiros e traição, são marcadas pelo RISCO; b) o uso do preservativo é a principal prevenção; c) o RISCO está associado ao SEXO que visa prioritariamente o prazer; d) o SEXO com amor não está dissociado do prazer, mas envolve confiança e intimidade. Em uma via, esse sistema aponta uma intenção formada e consolidada de se prevenir, usando o preservativo. Na outra via, porém, as representações das práticas sexuais existentes no seu ambiente social e cultural revelam que: a) muitas mulheres praticam o sexo casual;

b) há muitas relações sexuais de “infidelidade”, tanto masculinas quanto femininas; c) há muitas relações sexuais sem camisinha.

Em tese, portanto no plano teórico, existe indicação de conhecimento de que a exposição ao HIV/Aids se dá pela prática de sexo desprotegido e que a proteção se consegue pelo uso de camisinha. Parece que essa importância é conhecida e valorizada em termos conceituais, mas é relativizada por sua inscrição em um universo simbólico no qual prazer, fidelidade, amor, risco e traição compõem sistemas complexos que apontam para a probabilidade de as mulheres envolvidas desenvolverem raciocínios circunstanciais, nos quais a busca do afeto (amor) e/ou do prazer tem um peso maior do que o conhecimento acerca dos riscos. Por fim, pode-se afirmar que, apesar do conhecimento adquirido sobre o risco e a necessidade de prevenção, a representação do sexo como fundado em uma articulação entre prazer e amor é determinante na adoção das práticas sexuais.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.-C. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.

_____. De l'importance de représentations sociales dans le problèmes de l'exclusion sociale. In: _____. (Ed.). **Exclusion sociale, insertion et prévention**. Saint Agne: Erès, 1996.

_____. A zona muda das representações sociais. In: OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, P. H. F. (Ed.). **Representações Sociais: uma Teoria Sem Fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora do Museu da República, 2005. p. 23-34.

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding attitudes and predictig social behavior**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1980.

AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface** (Botucatu) [online], v. 6, n. 11, p. 11-24, 2002.

AYRES, J. R. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Ed.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p. 49-71.

AYRES, J. R.; FRANÇA, J. R.; CALAZANS, G. AIDS, Vulnerabilidade e prevenção. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS – ABIA. Instituto de Medicina Social. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. **Saúde reprodutiva em tempos de AIDS**. Rio de Janeiro, 1997. p. 20-37.

BECK, U. **La société du risqué**. Paris: Aubier, 2001.

BERKMAN, L.; KAWACHI, S. L. **Social epidemiology**. New York: Oxford University Press, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Estratégias e diretrizes para a prevenção das DST/Aids entre mulheres: saúde sexual e reprodutiva. In: _____. **Políticas e diretrizes para a prevenção das DST/Aids entre mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BUCHALLA, C. M.; PAIVA, V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 117-119, 2002.

CAMPOS, P. H. F. A abordagem estrutural e o estudo das relações entre práticas e representações sociais. In. CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. da S. (Org.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: Ed. Da Universidade Católica de Goiás, 2003a. p. 21-34.

CAMPOS, P. H. F. Rapports entre pratiques et représentations: apports théoriques et empiriques pour un modèle d'étude. **Psychologie et Société**, v. 6, n. 3, p. 135-162, 2003b.

CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO – CEBRAP. **Comportamento sexual da população brasileira e percepção sobre HIV e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

DOISE, W. **Logiques sociales dans le raisonnement**. Lausanne: Delahaux & Niestle, 1993.

DESCHAMPS, J. C.; MOLINER, P. **A identidade em psicologia social: dos processos identitários às representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2009.

FINKLER, L.; OLIVEIRA, M. Z.; GOMES, W. B. HIV/AIDS e práticas preventivas em uniões heterossexuais estáveis. **Aletheia**, n. 20, p. 9-25, jul./dez. 2004.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. **Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research**. Reading: Addison-Wesley, 1975.

FOUCAULT, M. **A História da Sexualidade 1: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.

GOLDBERG, M. Cet obscur objet de l'épidémiologie. **Sciences Sociales et Santé**, v. 1, n. 20, p. 55-107, 1982.

GOLDBERG, M. et al. Les déterminants sociaux de la santé: apports récents de l'épidémiologie sociale. **Sciences Sociales et Santé**, v. 4, n. 20, p. 75-128, 1975.

GUILHEM, D. **Escravas do risco: bioética, mulheres e aids**. Brasília: Editora da Universidade de Brasília; Finattec, 2005.

GUIMELLI, C. La fonction d'infirmière: pratiques et représentations sociales. In: ABRIC, J.-C. (Ed.). **Pratiques et représentations sociales**. Paris: PUF, 1994a. p. 83-108.

HERTZMAN, C.; FRANK, J.; EVANS, R. L'hétérogenéité de l'état de santé ET lês determinants de La santé dès populations. In: EVANS, R. et al. **Etre ou ne pas être en bonne santé: biologie et determinants sociaux de la maladie mentale**. Montreal: Johnhibby Eurotext, 1996. p. 77-101.

HERZLICH, C. Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champs social. In: DOISE, W.; PALMONARI, A. (Ed.). **L'étude des représentations sociales**. Paris: Neuchatel, Délachaux & Niéstlé, 1986. p. 157-170.

MARTINS, A. V.; SOUZA FILHO, E. A. Avaliação psicossocial de agricultores em processo de mudança tecnológica: um estudo comparativo no Vale do São Francisco. **Ensaio – Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 299-308, 1996.

MATÃO, M. E. L. **Representações sociais de mulheres jovens associadas ao sexo, risco e práticas preventivas**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifíffica Universidade Católica de Goiás, 2011.

MOATTI, J-P.; DAB, W.; POLLAK, M. Les Français et le Sida: les comportements évoluent. **La Recherche**, n. 247, p. 1202-1211, 1992.

MORIN, M. **Parcours de santé**. Paris: Armand Colin, 2004.

OLTRAMARI, L. C.; CAMARGO, B. V. Representações sociais de profissionais do sexo sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e contracepção. **Psicol. teor. prat.**, v. 6, n. 2, p. 75-87, 2004.

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o Cuidado em HIV/ AIDS e o processo de Emancipação psicossocial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 6, n. 11, p. 25-38, 2002.

PAIVA, E. P.; MOTTA, M. C. S. A prevenção do hiv / aids segundo o olhar das mulheres: o caso do grupo de direitos reprodutivos em Juiz de Fora / MG. **Esc Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 328-329, ago. 2006.

POLLAK, M.; DAB, W.; MOATTI, J-P. Systèmes de reaction au SIDA et action préventive. **Sciences Sociales et Santé**, v. 7, p. 111-140, 1989.

SCHWARTZER, R. A window of the self reconstructing processes to understand human action. **Psychology and Health**, v. 4, n. 10, p. 285-289, 1995.

SOUZA FILHO, E. A. Dois estudos sobre representações de práticas sexuais/efetivas no contexto da Aids no Rio de Janeiro. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Ed.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 2000. p. 215-234.

CAPÍTULO 17

VIOLÊNCIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: REFLEXÕES SOBRE SEUS ASPECTOS DE SAÚDE MENTAL

Edson Alves de Souza Filho

INTRODUÇÃO

Este trabalho trata das causas e efeitos psicossociais da violência em termos de saúde mental. Supomos que exista um substrato subjetivo que alimente seu conteúdo e forma, tornando possível a violência emergir no espaço social, assim como esse fenômeno ocorre ao lado de certa distribuição de doenças mentais na sociedade (BASTIDE, 1965). Antes de tudo, gostaria de lembrar o trabalho de Durkheim (1897) sobre o suicídio. Sua meta era explicar o suicídio motivado por causas sociais. Assim, através de certidões de óbitos e outros registros, ele conseguiu delinear uma tipologia do suicídio, ressaltando algo menos conhecido academicamente: o fenômeno da anomia, ou de estados psicossociais de ruptura de indivíduos em relação a grupos sociais (desempregos, expulsões, separações conjugais, entre outros). Segundo o mesmo autor, ao lado do suicídio psicopatológico motivado por causas internas individuais (biofísicas e/ou mentais), deveria se alinhar o suicídio social, quando se torna insuportável para alguém se privar de inserção social, o que seria intensificado por representação de si como dependendo de outros indivíduos e grupos para realizar seus objetivos pessoais, como a dependência material e de reconhecimento social, entre outros fatores. Ademais, ele definiu o suicídio altruístico, que ocorre quando alguém luta por um ideal social ou individual até a morte, como atualmente presenciamos em manifestações de

lutas religiosas e políticas. Em ambos os casos, sumariamente apresentados, haveria interferência de narrativas e representações, segundo as possibilidades subjetivas sócio-históricas existentes, na forma de repertórios simbólicos acessíveis de modo oral ou visual presentes em mídias e outras construções.

Várias organizações sociais foram criadas desde então para reconstituir tecidos sociais rompidos ou em estado de desintegração, assim como tem ocorrido nas formas de autodestruição individual e grupal ao longo da história social, durante o século XX, como novas religiões, partidos e movimentos sociais. Atualmente, existe a tendência de considerar a autodestruição de modo amplo (CASSORLA; SMEKE, 1994), tanto social quanto individual, a partir das formas de autoagressão por meio de uso de drogas, entre outras. Podemos supor que o papel das representações coletivas tenha sido considerado por Durkheim (1898) como maneira de restaurar os tecidos sociais esgarçados estudados por ele na situação urbana e moderna. Nesse quadro, surgem as tendências de anomia individual, como sintomas de mal-estar subjetivo, as quais foram estudadas em relação às representações sociais de sociedade por Souza (2003). Ele encontrou correlação negativa entre anomia individual e representações sociais da sociedade, consideradas de modo favorável. Ou seja, o estado de bem-estar subjetivo individual parece estar diretamente associado à favorabilidade em relação à sociedade entre os brasileiros investigados, indicando dependência no que tange às avaliações que eles fazem do contexto social. No caso de crianças, essa situação parece ser ainda mais intensificada.

Em pesquisa sobre representações sociais da infância, foi possível constatar uso de punição e outras formas de pressões de poder sobre as crianças de modo generalizado na sociedade (SOUZA FILHO; BELDARRAIN-DURANDEGUI; SCARDUA, 2013).

Uma possibilidade de interpretação desses resultados derivaria não apenas da legitimidade de uso de punição para a educação de filhos/alunos, no sentido de um consenso social sobre esses modos de ação, mas também da possível existência de uma representação da sociedade relativamente uniforme, organizada segundo normas e padrões comuns entre os seus membros. Nesse sentido, Moscovici e Perez (1997) apresentaram a estudantes universitários europeus de sete países três tipos de sociedade, organizados em torno de: uma maioria única; uma maioria em convivência com minorias; e, por fim, uma em que somente existiriam minorias. Após escolherem a sociedade de preferência, os participantes avaliaram ciganos em três situações (mendigando, tocando música ou ciganos em geral). Os autores constataram que, entre os que haviam escolhido sociedades com maioria única (uniformes) ou com maiorias e minorias, apresentaram mais representações desfavoráveis sobre os ciganos nas três situações de trabalho/ocupação propostas.

Souza Filho (2008), por sua vez, investigou piadas conhecidas por colegas brasileiros e encontrou, sobretudo, conteúdos agressivos a respeito de mulheres e homossexuais entre participantes autodefinidos como brancos e morenos, em contraste com os negros, que preferiram não relatar piadas. Portanto, as crianças seriam alvo dessa pressão de poder da maioria representada simbolicamente de vários modos, tais como: maioria numérica, força física, ascendência social e verbal, gerando mal-estar subjetivo na forma de medo e ansiedade, entre outros efeitos nefastos em termos de saúde mental. Hoje se tornou ilegítimo em muitos ambientes agredir minorias sociais, assim como mulheres e crianças. No entanto, cada vez mais indivíduos experimentam muito estresse diante de demandas contraditórias ou conflitivas, como obedecer aos pais

e mostrar independência em relação a eles, participar de uma sociedade que pretende ser inclusiva ou oferecer oportunidades iguais na escola, quando é fácil constatar que não existem.

Nesse sentido, um estudo com usuários de maconha relacionou representações de autoridades familiares e representações de maconha. Além de todos representarem a maconha como propiciadora de uma experiência psicofísica positiva, aqueles que mais manifestaram experiência familiar voltada para a autoridade tenderam também a apresentar mais experiências-efeitos sociais negativos (discriminação dos que consomem maconha, entre outros). Ao lado disso, os que representaram as mesmas relações familiares como valorizando mais a interação interpessoal se dividiram entre representações da maconha como provedora de experiências de interação social com indivíduos e meios sociais de usuários de maconha e, igualmente, experiências e efeitos sociais negativos, em contraste com os que representaram relações familiares voltadas para os indivíduos, referindo-se mais a efeitos físicos corporais negativos (SOUZA FILHO; FERREIRA; BELDARRAIN-DURANDEGUI, 2006). Ou seja, tanto a pressão psicológica da autoridade quanto o desaparecimento desta, substituídos por interações interpessoais (afetivas ou outras), mas sem ênfase na autorregulação individual, estavam associados ao uso de droga sem autoavaliar os efeitos físicos ou outros aspectos individuais, salientando mais efeitos sociais como o modo de conviver socialmente fora do âmbito familiar, possivelmente por uma dependência de relação interpessoal e administração de imagem social aceitável, adquiridas em momento anterior nas relações familiares. Enfim, os que mais manifestaram viver experiências e efeitos físicos individuais negativos foram os que provinham de famílias voltadas, em sua maioria, para os seus membros, em termos de autonomia,

diferenciação e liberdade individuais, podendo constituir um fumante eventual, curioso por experimentar uma droga altamente difundida, porém em processo de dúvida e elaboração representacional da prática de consumo de maconha.

Outro estudo foi capaz de mostrar que os jovens na rua, em Quelimane, Moçambique, tinham vivido experiências familiares de desamparo e conflito (LOURENÇO, 2002), levando-os a formar grupos de rua em substituição ao ambiente familiar em termos funcionais e vivenciais. Na busca de uma abordagem preventiva desses fenômenos de violência, o estudo de representações sociais poderia fornecer um instrumental de diagnóstico psicossocial para profissionais de saúde mental.

A teoria psicossocial avançou bastante desde as contribuições de vários autores, como Tajfel (1978), que ressaltou a legitimidade da agressão como central para a expressão da violência. Seriam essas culturas de violência existentes na base da sociedade eventualmente reproduzidas em meios de comunicação social? Boa parte do discurso social explícito denunciando a violência poderia ser considerada como fenômeno de representações sociais. Contudo, outra parte importante que circula na sociedade como resistência conservadora se originou de mitologias modernas (BARTHESES, 1957), relacionadas às pedagogias tradicionais que legitimam o poder da autoridade e a idealização de entidades, como família, religião, supremacia masculina (física e moral), entre outras. Este trabalho parte da hipótese principal de que a experiência lúdica e estética socializada da violência tem um papel importante na formação e manutenção de representações e mitologias a seu respeito, implicando ocultação de responsabilidades, perplexidade quanto a suas causas e conteúdos fundadores, entre outros aspectos. Como hipótese complementar, supomos que através de uma “pedagogia do

medo” sejam construídos efeitos de sofrimento e inibição psicológica de grupos minoritários (identidade feminina, população rural), ao lado do incentivo à expressão de agressão/poder de grupos majoritários (identidade masculina, população urbana). O objetivo principal deste trabalho é observar sistematicamente desenhos de crianças e adolescentes, de ambos os sexos e de meios sociais urbanos e rurais.

MÉTODO

Participaram da pesquisa 139 estudantes de ambos os sexos (sexo feminino, $n=76$ e sexo masculino, $n=63$), com média de idade de 13,2 anos (de 9 a 18 anos; DP de 1,59 anos), os quais foram abordados por estudantes de Psicologia da Universidade de Brasília em escolas públicas localizadas no Plano Piloto ($n=25$), parte mais central da cidade; Núcleo Bandeirante ($n=37$), parte remanescente de fundadores da cidade, perto do Plano Piloto; Candangolândia ($n=33$), vizinha a Ceilândia, bairro então mais populoso e habitado por operários da cidade; e Riacho Fundo ($n=44$), geograficamente mais afastado e próximo à área rural.

Foi solicitado aos participantes que elaborassem desenhos e textos sobre a criança maltratada e respondessem perguntas a respeito do que é uma criança bem tratada e maltratada. Foram feitas análises do conteúdo simbólico manifesto do material produzido pelos participantes, o que foi seguido por análises estatísticas, levando em conta local de moradia, sexo e idade. O material foi organizado em função de quem maltrata; quem sofre maltrato; qual o ambiente/cenário do maltrato; tipo de maltrato; qual o motivo do maltrato.

RESULTADOS

A seguir, apresentamos algumas imagens de desenhos feitos pelos participantes para retratar “maus-tratos”, acompanhados por frases usadas para descrever os conteúdos visuais.



“A criança, por ter posto o brinquedo fora do lugar, foi punida. Sua mãe pegou um chicote e começou a massacrá-la” (F, 12, Plano Piloto).

Figura 1 – Desenho e texto feitos por uma menina de 12 anos, moradora do bairro Plano Piloto.



“É um pai batendo em seu filho por razão nenhuma” (M, 13, Plano Piloto).

Figura 3 – Desenho e texto feitos por um menino de 13 anos, morador do bairro Plano Piloto.



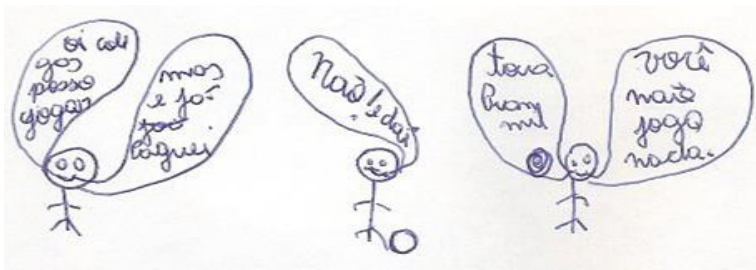
“O mala está dando uma porrada no outro mala” (M, 13, Candangolândia).

Figura 4 – Desenho e texto feitos por um menino de 13 anos, morador de Candangolândia.



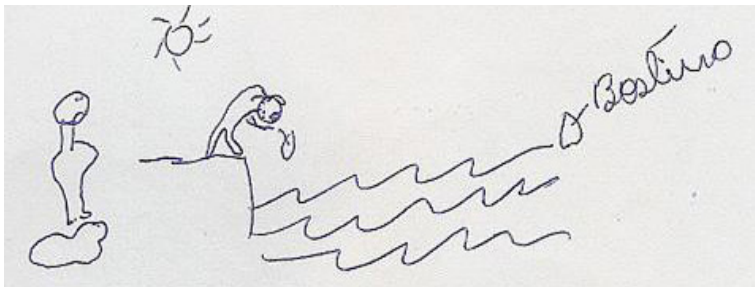
“Era uma vez um índio que morava na cidade. Ele era muito pobre e morava no bairro mais rico da cidade. As pessoas ricas passavam por ele e nem ligavam. Ele não tinha muita roupa e também não tinha onde dormir e morar. Só andava com um par de chinelo trocado. E era muito sujo” (M, 15, Riacho Fundo).

Figura 5 – Desenho e texto feitos por um menino de 15 anos, morador de Riacho Fundo.



“Um menino que estava querendo a felicidade de jogar bola e eles não deixaram e maltrataram” (M, 13, Núcleo Bandeirante).

Figura 6 – Desenho e texto feitos por um menino de 13 anos, morador de Núcleo Bandeirante.



“É um moleque que está se banhando em um ‘bosteiro’” (M, 15, Candangolândia).

Figura 7 – Desenho e texto feitos por menino de 15 anos, morador de Candangolândia.



“Eu desenhei uma criança sem ter aonde morar, catando lixo para comer e ninguém liga ou vê. E ficam rindo da criança” (F, 10, Riacho Fundo).

Figura 8 – Desenho e textos feitos por uma menina de 10 anos, moradora de Riacho Fundo.

Um último extrato dos textos coletados é o que se segue:

A minha história é a história de todos os garotos de rua do mundo. Eu creio que todos sabem essa história e quem não sabe devia passar a se interessar (M, 14, Candangolândia).

Tabela 1 – Temas sobre “quem maltrata” em desenhos de jovens, segundo bairros de Brasília.

	Plano Piloto		Núcleo Bandeirante		Candangolândia		Riacho Fundo	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Adulto	<u>4</u>	<u>16</u>	<u>4</u>	<u>10,8</u>	0	0	1	2,3
Patrão	0	0	1	2,7	1	3	0	0
Policial	1	4	0	0	0	0	1	2,3
Bandido	1	4	0	0	1	3	0	0
Família	<u>14</u>	<u>56</u>	4	10,8	7	21,2	12	27,2
Todo mundo	2	8	4	10,8	0	0	3	6,8
Homem	0	0	<u>6</u>	<u>16,2</u>	0	0	1	2,3
Criança	0	0	3	8,1	0	0	1	2,3
Colega	0	0	1	2,7	0	0	0	0
Pessoa	1	4	<u>6</u>	<u>16,2</u>	<u>6</u>	<u>18,2</u>	3	6,8
Indefinido	2	8	8	21,7	<u>18</u>	<u>54,6</u>	<u>22</u>	<u>50</u>
Total	25	100	37	100	33	100	44	100

$\chi^2 = 68,3571$; gl=30; $p < 0,0001$.

Fonte: autoria própria.

De modo geral, os participantes do Plano Piloto tenderam a mencionar “família” como principal agente perpetrador de maltrato, enquanto os de Candangolândia e Riacho Fundo

não mencionaram (“Indefinido”) quem era o agente, apesar de ter sido alta a frequência de menções de “família” entre os de Riacho Fundo e Candangolândia. Outra forma de deixar indefinido o personagem perpetrador foi “Pessoa”, mais presente entre os de Núcleo Bandeirante.

Tabela 2 – Temas sobre “Quem sofre maltrato” em desenhos de jovens, segundo bairros de Brasília.

	Plano Piloto		Núcleo Bandeirante		Candangolândia		Riacho Fundo	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Criança	15	60	20	54,1	22	66,7	41	93,1
Pessoa	3	12	9	24,3	3	9,1	2	4,6
Filha	7	28	2	5,4	5	15,2	1	2,3
Criança que trabalha	0	0	1	2,7	0	0	0	0
Trabalhador	0	0	1	2,7	1	3	0	0
Mulher	0	0	1	2,7	0	0	0	0
Indefinido	0	0	3	8,1	2	6	0	0
Total	25	100	37	100	33	100	44	100

$\chi^2=35,9315$; $gl=18$; $p<0,007$.

Fonte: autoria própria.

Em geral, a “Criança” foi a personagem mais mencionada em praticamente todos os bairros, ainda que entre os de Plano Piloto e Núcleo Bandeirante tenham mencionado “Filha” e “Pessoa”, respectivamente.

Tabela 3 – Temas sobre “Qual o motivo do maltrato” em desenhos de jovens, segundo bairros de Brasília.

	Plano Piloto		Núcleo Bandeirante		Candangolândia		Riacho Fundo	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Filho irresponsável	0	0	1	2,7	0	0	2	4,6
Desobediência	4	15,5	1	2,7	1	3,2	0	0
Morar de favor	0	0	0	0	0	0	1	2,3
Pedir comida	1	4,2	0	0	1	3,2	3	6,9
Ser pobre	0	0	3	8,1	2	6,4	0	0
Ser sujo	1	4,2	0	0	0	0	1	2,3
Camisa rasgada	0	0	0	0	0	0	1	2,3
Roubar	1	4,2	1	2,7	0	0	1	2,3
Sem motivo	6	25	7	18,9	3	9,7	4	9,2
Indefinido	11	45,8	24	64,9	24	77,5	31	70,1
Total	24	100	37	100	31	100	44	100

$X^2=40,7853$; $gl=27$; $p<0,0905$.

Fonte: autoria própria.

Os participantes praticamente não mencionaram o motivo do maltrato, o que foi mais frequente entre os de Candangolândia e Riacho Fundo, ainda que um número

expressivo entre os do Plano Piloto e Núcleo Bandeirantes tenha explicitado serem eventos “Sem motivo”.

Tabela 4 – Temas sobre “Qual tipo de maltrato” em desenhos de jovens, segundo bairros de Brasília.

	Plano Piloto		Núcleo Bandeirante		Candangolândia		Riacho Fundo	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Trabalhar a força	0	0	4	10,8	1	3	1	2,3
Abandono dos pais/expulsão	1	4	0	0	1	3	8	18,1
Discriminação/desprezo	3	12	10	27	2	6	1	2,3
Não ter brinquedo	0	0	1	2,7	1	3	1	2,3
Abandono/descaso	2	8	4	10,8	5	15,2	13	29,5
Apanhar/puxão orelha	18	72	12	32,5	12	36,4	7	15,9
Passar fome	0	0	0	0	5	15,2	5	11,3
Não ter moradia	0	0	2	5,4	4	12,2	3	5,8
Brigar	0	0	1	2,7	0	0	1	2,3
Ser pobre	0	0	0	0	0	0	1	2,3
Não ter carinho	1	4	1	2,7	0	0	1	2,3
Estar sujo	0	0	0	0	1	3	2	4,6
Indefinido	0	0	2	5,4	1	3	0	0
Total	25	100	37	100	33	100	44	100

$X^2=71,94648$; gl=36; $p<0,0003$.

Fonte: autoria própria.

No Plano Piloto, prevaleceu a agressão física (“apanhar/puxão de orelha/ chinelada”), tendo sido bem menos frequente, ainda que importante entre os demais bairros. Contudo, houve destaque de conteúdos, como “discriminação/desprezo” (Núcleo Bandeirante), “abandono/desprezo” (Riacho Fundo), entre outros. É preciso ressaltar que os moradores de bairros mais afastados mencionaram mais aspectos materiais de vida (“passar fome” e “não ter moradia”).

Sobre o ambiente onde ocorre maltrato, a maioria dos participantes “não mencionou”. Outro destaque foi a frequência alta de menções de “ambiente doméstico” entre os do Plano Piloto, que confirma quem era o agente perpetrador de maltrato, mais mencionado na Tabela 1, no caso “Família” ou os membros da mesma forma de relacionamento social. Outro dado importante foi a maior menção de conteúdos sobre ambientes de “rua/rodoviária” entre os de Riacho Fundo.

Os resultados de análises de conteúdo temáticas à pergunta “o que é uma criança bem tratada” indicaram que nos locais mais periféricos, principalmente em Riacho Fundo, jovens e crianças acreditavam ser possível oferecer condições materiais de vida melhores a todos, mas também poder ter estudo/educação, brincar, ter companhia/amparo. Já entre os de Plano Piloto e Núcleo Bandeirante, surgiram conteúdos mais ligados a aspectos psicossociais, como ser compreendido e não ser agredido física e moralmente. Enfim, Plano Piloto, Núcleo Bandeirante e Candangolândia ressaltaram significativamente ter reconhecimento social. Ademais, a comparação entre sexos a respeito da criança bem tratada gerou uma diferença significativa para o tema não ser agredido moralmente (sexo feminino $f=23$; sexo masculino $f=2$).

DISCUSSÃO

As representações da criança maltratada indicaram uma verdadeira epidemia de violências em todos os meios sociais. A criança seria alvo dessas violências praticadas em alguns bairros por membros da família, mas em alguns meios não foi explicitada a autoria desses atos de maus-tratos, assim como os motivos para tanto, conforme previsto hipoteticamente.

As pesquisas reportadas anteriormente até certo ponto já faziam prever os resultados que encontramos. Contudo, a comparação de vários locais diferenciados socialmente não apenas mostrou peculiaridades, como pontos de convergência que merecem discussão para futuras pesquisas. Temos dois conjuntos de resultados: um que nos remete ao maltrato derivado de condições materiais difíceis experimentadas em algumas áreas da cidade, como vestuário, higiene, alimentação, moradia, entre outros; o outro conjunto diz respeito às consequências de uma educação voltada para o disciplinamento de crianças, que faz uso de punição física e moral, que se desdobram em expectativas de ser compreendido, reconhecido, não ser agredido, poder brincar, ter companhia/amparo. Em ambas as formas de maltrato, encontramos a fragilização da criança e do jovem, principalmente pela legitimação da violência familiar e educacional. Contudo, os jovens que participaram da pesquisa consideravam possível existir criança bem tratada, tendo em vista as respostas que apresentaram a respeito, que tenderam a confirmar de certo modo o foco dos seus argumentos sobre a criança maltratada. Isso indicaria a existência de um sentimento de iniquidade, de injustiça, a ser mais elaborado. Sabemos que existe a tendência de reprodução desse tipo de educação entre gerações (SOUZA FILHO, 2002), talvez porque ainda não

se desenvolveu uma crítica social suficiente para interromper o ciclo de violência intergeracional, merecendo mais pesquisas e discussões. Para Barthes (1957), a ocultação de responsabilidades, de forma intencional ou não, caracterizaria o fenômeno de mitologias modernas, trazendo como consequência a manutenção da dominação social.

Em contraponto, há certa difusão de discursos antiautoritários na sociedade (GADOTTI, 2003), o que tem levado alguns meios de classe média a substituir o controle baseado no poder físico/moral por formas de relacionamento em que se praticam a reciprocidade, a partilha emocional etc., o que não tem sido acompanhado com ênfase em indivíduos e grupos autônomos, diferenciados e libertos socialmente. Esse contexto gera paradoxos que alimentam dúvidas sobre os fundamentos da sociedade, inclusive a confiança em autoridades em geral. Ou seja, a sociedade brasileira viveria num ambiente basicamente anômico, apesar da busca de valores morais em alguns empreendimentos religiosos, não impedindo o crescimento da frequência de violência generalizada na forma de autoagressão ou agressão aos outros, implicando dificuldades para a prevenção de saúde mental.

REFERÊNCIAS

BARTHES, R. **Mythologies**. Paris: Éditions du Seuil, 1957.

BASTIDE, R. **Sociologie des maladies mentales**. Paris: Flammarion, 1965.

CASSORLA, R. M. S.; SMEKE, E. L. M. Autodestruição humana. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 10, p. 61-73, 1994.

DURKHEIM, E. **Le suicide: étude de sociologie**. Paris: Félix Alcan, 1897.

DURKHEIM, E. Représentations individuelles et representations collectives. **Revue de Métaphysique et de Morale**, v. 6, n. 3, p. 273-302, 1898.

GADOTTI, M. **História das ideias pedagógicas**. São Paulo: Ática 2003.

LOURENÇO, M. A. **As representações sociais de crianças e jovens de rua a respeito de experiências de trabalho e delinquência juvenil em Quelimane, Moçambique**. 2002. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

MOSCOVICI, S.; PEREZ, J. A. Representations of society and prejudices. **Papers on social representations**, n. 6, p. 27-36, 1997.

SOUZA, M. A. **Representação social da sociedade, anomia e individualismo: coletivismo na cidade do Rio de Janeiro**. 2003.

Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SOUZA FILHO, E. A. Modelos socioculturais na família e na escola, segundo autodefinição étnica. **Ensaio: Aval. Pol. Públ. Educacionais**, n. 10, p. 375-402, 2002.

_____. Representações e relações entre estudantes no Rio de Janeiro: conversas, piadas e assistência à TV, segundo o grupo étnico autodefinido. **Psicologia da Educação**, n. 27, p. 157-177, 2008.

SOUZA FILHO, E. A.; BELDARRAIN-DURANDEGUI, A.; SCARDUA, A. A infância segundo familiares e educadores – etnia e classe social. **Psicologia e Sociedade**, n. 25, p. 123-133, 2013.

SOUZA FILHO, E. A.; FERREIRA, V. M.; BELDARRAIN-DURANDEGUI, A. Uso y efectos de la marihuana: paradojas y emergencia del sujeto en el ambiente familiar entre jóvenes brasileños. **Psicologia y Salud**, n. 16, p. 235-247, 2006.

TAJFEL, H. Intergroup behaviour: I Individualistic perspectives. In: TAJFEL, H.; FRASER, C. (Ed.). **Introducing social psychology**. Londres: Penguin, 1978. p. 401-422.

CAPÍTULO 18

(IN)TOLERÂNCIA E POVOS ORIGINÁRIOS EM ÁREAS URBANAS: SINALIZAÇÕES ACERCA DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

ADRIANE ROSO

(Universidade Federal de Santa Maria, Brasil)

PEDRINHO GUARESCHI

(Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil)

MAURÍCIO MACHADO MORAES

(Lar de Meninas e Casa dos Meninos, Secretaria do Trabalho e

Desenvolvimento Social - Dom Pedrito, RS, Brasil)

VERÔNICA BEM DOS SANTOS

(Delegacia de Proteção à Criança, ao Adolescente à

Mulher e ao Idoso - Lages, SC, Brasil)

INTRODUÇÃO

Atualmente, temos acompanhado um fenômeno peculiar em algumas cidades do interior do Rio Grande do Sul: a presença no espaço urbano de povos originários¹ Kaingang e Guaraní. Em determinados períodos anuais, especialmente aqueles próximos às celebrações da Páscoa e do Natal, é comum encontrar algumas pessoas desses grupos no centro das cidades, vendendo produtos por eles produzidos e realizando apresentações artísticas/culturais, tais como cantos e danças. Essa presença nos espaços urbanos tem sido alvo de discursos opressores e discriminatórios sobre esses grupos. O fato de estarem vivendo na cidade é visto, muitas vezes, de maneira equivocada, como indicativo de renúncia às suas raízes, à sua condição de indígena

¹ Manteremos a expressão “indígena”, ou similar, quando essa for a escolha do autor citado, indicando ao lado da palavra que seu uso é segundo informações colhidas [sic].

[sic] (NAKASHIMA; ALBUQUERQUE, 2011). Consequentemente, sofrem um certo não pertencimento, pois não são vistos nem como aqueles povos representados em muitos livros escolares, nem como cidadãos da urbe. Esse não pertencimento se estende para além dos meios de circulação pública, alcançando a esfera dos cuidados em saúde dessa população. Relações de indiferença e, em alguns casos, de intolerância da população perante eles podem ser observadas no espaço urbano. Tais fatos chamam a nossa atenção e nos instigam a refletir mais profundamente sobre como a população em geral percebe tais grupos, bem como suas implicações nos processos de cuidado em saúde.

O Brasil é um país marcado pela pluralidade étnica e pela multiculturalidade. Apesar disso, certas minorias étnicas que o compõem costumam ser alvo de discursos pejorativos, os quais podem alimentar algumas percepções fluentes sobre estas. Tais discursos e percepções são capazes de reforçar ou até construir representações sociais acerca dos povos originários como “sem cultura, primitivos, preguiçosos, relapsos” ou até mesmo “bárbaros”. As representações sociais, de acordo com Moscovici (2003), podem ser vistas como um conjunto de conceitos, explicações e afirmações que se originam na vida diária, no curso das interações sociais. Elas permitem as pessoas apropriarem-se da realidade social e do mundo que os rodeia, dando-lhes um sentido e uma explicação estáveis, inclusive para o inusitado.

Esse encontro com o inusitado, com a cultura diferente dos povos originários, pode abrir espaço de manifestação da intolerância com relação a opiniões, crenças e modos de ser e de cuidar de si, que comumente são julgados como errados. Essas manifestações parecem ser capazes de gerar atitudes de desprezo, discriminação e descuido. A intolerância é um elemento de ideologias que pregam e têm por objetivo a superioridade de uns sobre outros, constituindo-se, como alerta Boff (2006), em

risco permanente, já que a realidade assume um polo e nega o outro, coagindo todos a terem atitudes semelhantes.

A história nos mostra que a intolerância entre os povos, as diferentes raças, etnias e minorias não é um fenômeno novo; prova disso são os conflitos e guerras, por exemplo, nos anos 1850, o massacre dos Apaches nos Estados Unidos; no século XVI, o extermínio dos Tamoio (em São Paulo e no Rio de Janeiro) e dos Aimoré (em São Leopoldo, RS); e, no século XVIII, o massacre dos Guarani (Região das Missões, RS). Mas o que mudou até então? Ao que parece, toleramos os povos originários em variados espaços urbanos, ou demais espaços que estão ao nosso redor, tais como as praças, os acampamentos, as rodovias etc. Entretanto, apesar dessa suposta tolerância, os povos originários, quando circulam nos espaços públicos, tendem a ser ignorados e até mesmo rechaçados. Esses espaços, que foram antes de tudo dos povos originários, são tomados pela maioria dos transeuntes como seus. E ainda, aquilo que difere da cultura dessa maioria não é tolerado, como crianças fora das escolas, comercialização de produtos e amamentação de bebês nas calçadas.

A intolerância, nesse caso, alude à dominação, palavra esta que se refere à negação da tolerância, negação do consentimento. O grupo majoritário (povos não originários) consente a imersão do grupo minoritário (povos originários) no espaço urbano, salvo limitações implicitamente estabelecidas. Ou seja, o consentimento e a restrição são determinados pelo grupo majoritário, que, a qualquer momento, pode se sentir incomodado e apresentar-se repulsivo à presença dos “estranhos”. Desse modo, entendemos que o espaço urbano é dominado pelos primeiros e que, mesmo que legalmente e moralmente, os povos originários sejam cidadãos de direito e livres para permanecer no espaço urbano se assim o desejarem, implicitamente existem normas (oriundas de representações sociais) que dizem que os

primeiros decidem as condições para que os segundos possam pertencer ao seu espaço e estabelecem os padrões de saúde – hábitos saudáveis, cuidado com o corpo, higiene etc.

Os processos de coação e violência sofridos historicamente pelos povos originários demonstram claramente a definição de dominação. Desde o massacre nas lutas entre índios [sic] e não índios [sic] em prol da civilização, culminando com o surgimento do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), hoje Fundação Nacional de Assistência ao Índio (FUNAI) (RIBEIRO, 1996), até os atos de agressão ou a extrema piedade recebidos por eles nos espaços urbanos, demonstra-se a face perversa e polimorfa de um contato cercado por estereótipos e representações sociais desenvolvidos ao longo da história.

Infelizmente, atos de intolerância para com minorias e grupos excluídos na modernidade parecem confirmar o que Ricoeur (1990, p. 70) denomina de “predisposição à intolerância” dos seres humanos, visto que cada ser humano gostaria de impor suas próprias ideias e legitimá-las pelo poder. Para esse filósofo,

todos os grupos apresentam traços de ortodoxia, de intolerância à marginalidade. [...] A intolerância começa quando a novidade ameaça gravemente a possibilidade, para o grupo, de reconhecer-se, de reencontrar-se.

A partir de uma ideia de superioridade, automaticamente produz-se uma ideia de inferioridade, de erro, de ignorância. O outro-errado é condenável, possui menos direitos e “merece a infeliz sorte que tem”. Os costumes, os hábitos, o cuidado com o corpo e a saúde dos povos originários, muitas vezes, não são reconhecidos e/ou são desqualificados, gerando intolerância por parte de diversas pessoas que defendem os discursos hegemônicos sobre

saúde e qualidade de vida. Há, possivelmente, por trás dos processos de intolerância, hiper-representações de cunho negativo que criam imagens dos povos originários como não sendo capazes de cuidar da própria saúde, desconsiderando, inclusive, que

foram superados os picos de mortalidade infantil para muitas etnias indígenas [sic] brasileiras desde a década de 1950 e muitas chegam hoje a dezenas de milhares de representantes (como os Ticuna, Kaingang, Guarani etc.) (CATAFESTO, 2013, documento extraído da Internet).

Ainda se mantém a ideia de que se uma pessoa desses povos (ou de outras minorias, igualmente) adoecer é por culpa de sua própria conduta e, então, não merece a mesma atenção por parte das instituições, produzindo-se um processo de culpabilização dos povos originários pelos seus adoecimentos e patologias.

Neste capítulo, pretendemos olhar justamente para as representações dos povos originários por parte de pessoas que usualmente não se inscrevem na cultura de um povo originário, observando as relações dessas mesmas representações com a saúde e os processos de (in)tolerância. Acreditamos que a Teoria das Representações Sociais possibilita o aprofundamento do entendimento sobre esse processo de intolerância em relação aos povos originários. Para essa teoria, a novidade, representada pelo lugar de um Outro que é, ao mesmo tempo, tão diferente e tão igual, apresenta-se como uma ameaça, algo a ser decifrado. Consideramos que o Outro é o mesmo (uma projeção), ou seja, a novidade é carregada de semelhanças com aquilo que já temos em nós, mas que são difíceis de situar no terreno representacional, engendrando, muitas vezes, medo. Assim, para

Arruda (1998), diante dessa alteridade que é o indígena [sic] nas grandes cidades, as demais populações parecem se sentir ameaças pelos seus hábitos, costumes, crenças, modos de viver. A partir desse desconforto, nasce a intolerância, que consiste na necessidade de rechaçar, desqualificar e moldar o Outro para que não nos tire da confiança de uma estabilidade.

Com base em observações de um dado espaço urbano, em tiragem de fotografias e entrevistas com transeuntes desse espaço, refletiremos sobre como as representações sociais constroem as relações humanas. As observações e as entrevistas são ambas peças essenciais sobre as quais se sustenta uma pesquisa etnográfica, sendo ferramentas indispensáveis para a construção de um estudo em campo social (BEAUD; WEBER, 2007). Perguntamo-nos sobre qual lugar que é dado à cultura dos povos originários na pós-modernidade. Que outras representações sociais são construídas ou reforçadas sobre eles? Há espaço para outros modos de pensar e para representá-los além daqueles criados pela intolerância? Queremos não apenas conhecer algumas das representações acerca dos povos originários, mas saber das possibilidades de movimentação das representações sociais no campo da cultura.

De cunho exploratório, a pesquisa (aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria: CAAE 23081.010466/2009-11) que serve de base para a construção deste capítulo consiste em um ensaio de estudo etnográfico iniciado em março de 2009. Deriva de um projeto de nível superior, intitulado “Saúde e Minorias Étnicas - um olhar Psicossocial sobre as Comunidades Quilombolas Contemporâneas na Região da Campanha, Rio Grande do Sul” (aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria: CAAE 0098.243.000-0).

As observações consolidaram-se sobre a conexão de três técnicas que estão intimamente entrelaçadas: a percepção, a memorização e as anotações em diário de campo. O cenário escolhido para as atividades de observação foi um calçadão (via principal fechada a acesso de carros) da cidade Santa Maria, localizada no interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Foram realizadas seis observações em campo, ao longo de um semestre, com duração aproximada de uma hora cada, tendo como foco os transeuntes em sua (não) relação com os Kaingang e Guarani, isto é, o olhar da maioria para essa minoria. Durante as observações, também foram tiradas fotografias do centro da cidade, sempre tomando os transeuntes em sua relação com os povos originários.

O segundo momento da produção das informações consistiu na realização de entrevistas. Foram entrevistadas individualmente cinco mulheres (escolha intencional, por disponibilidade/aceitação em participar da pesquisa) não pertencentes aos povos originários. Suas idades variavam entre 20 e 45 anos, e a escolaridade oscilava entre ensino médio completo e ensino superior. Os contatos para a participação do estudo aconteceram no próprio local de observação (centro da cidade), de modo aleatório. Trabalhamos com entrevistas semiestruturadas, combinando perguntas abertas e fechadas, desenhadas em um roteiro prévio, por meio das quais as participantes tiveram a possibilidade de falar sobre o tema proposto. As colaborações discursivas foram gravadas. Tiveram duração de aproximadamente uma hora e foram realizadas em uma sala apropriada para entrevistas, nas dependências da universidade.

As informações produzidas foram analisadas a partir das narrativas trazidas pelas participantes. Em um primeiro momento, foram feitas a leitura e a reflexão acurada das falas e de seus

conteúdos. Logo depois, foi construído um quadro interpretativo com as narrativas significativas e, posteriormente, elaborado um mapa interpretativo, com a função de delinear a discussão sobre a temática da (não) familiaridade e da tolerância/intolerância envolvendo os grupos sociais de que trata a pesquisa.

Dividimos o texto que segue em dois eixos representacionais: (a) maternidade incúria e (b) povos originários invisíveis. Sempre que possível, ilustramos a análise com falas literais das entrevistas, indicadas por E = entrevistada, seguido do número da entrevista. Ambos os eixos foram trabalhados teoricamente levando em conta entendimentos advindos da Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2003) e da filosofia hermenêutica de Paul Ricoeur (1989, 1988).

Pela Teoria das Representações Sociais, busca-se saber e conhecer o porquê de as pessoas fazerem o que fazem, o motivo pelo qual elas desempenham determinadas ações em vez de outras (GUARESCHI, 2000). Sustentados em Moscovici (2003), entendemos que as principais características das representações sociais são os atos de convencionar os objetos e prescrevê-los. O ato de prescrever refere-se ao fato de que as representações são prescritivas, isto é, elas se impõem sobre nós com uma força avassaladora e irresistível. Essa força é uma combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo que comecemos a pensar e de uma tradição que decreta o que deve ser pensado e, muitas vezes, como deve ser pensado. Todo esse movimento psíquico, para simbolizar o que não está presente em nosso laço comum, é visto como uma forma ou uma tentativa de familiarização do desconhecido ou de transformar alguma coisa estranha, ameaçadora, perturbadora, e comparar com um determinado paradigma de uma categoria que nós julgamos ser coerente.

Via filosofia hermenêutica, busca-se entender a tolerância não como um simples fato de aceitação de uma alteridade; trata-se, para Ricoeur (1990), de um princípio ético que, em sua opinião, não deve se resumir ao simples fato de tolerar. O simples ato de suportar a existência física do outro em um determinado espaço social não implica respeitar o outro, mas, sim, fingir aceitá-lo em suas diferenças. A tolerância deve superar a visão comum de coexistência, porque apenas coexistir não garante o verdadeiro respeito e reconhecimento da diferença. A coexistência isolada estabelece relações frágeis, que facilmente podem se esfacelar.

MATERNIDADE INCÚRIA

Em relação ao primeiro eixo representacional identificado nas observações e entrevistas, o elemento mais marcante é a não familiaridade frente ao modo de maternar dos povos originários:

[...] não têm higiene nenhuma, aqueles bebês são sujos. (E1)

Eu acho que para elas isso é normal, sabe, isso é natural, não que a mãe não é boa, sabe, por outro lado, ela está na cidade, sabe, e isso não é da cidade, o chão da cidade é sujo, sabe. (E5)
Crianças descalças ali, sem nada, podendo pegar doenças, sabe. (E2)

Aquelas crianças rolando por ali. (E3)

Essas falas demonstram representações negativas, por meio da culpabilização das mães pelo estado das crianças. “Crianças rolando, filhos de pés descalços” representando uma

maternidade incúria, descuidada. Tais expressões não nascem no vácuo, mas são frutos da cultura e da ideologia que vivemos. Existem “requisitos de mãe” que a sociedade prescreve (ROSO, 2009, p. 176). Na cultura ocidental, vestir e calçar seu filho são obrigações de uma “boa” mãe, pois isso está associado à limpeza, ao cuidado com a saúde. Essa representação de boa mãe pode ter como uma de suas origens a política higienista que nos segue há décadas, que enfatiza e valoriza a cultura de uma infância asséptica, do século XIX (GONDRA, 2000).

As políticas públicas, especialmente as de saúde e de assistência social, orientam-se para um discurso de boa maternidade, quando se centram na figura da mulher-mãe como protagonista (MARIANO; CARLOTO, 2009). Tais políticas, produtos e produtoras de representações sociais sobre maternidade, impõem regras para o bem-viver e o bem-cuidar. Desse modo, tudo o que daí se distancia pode simbolizar uma ofensa à estabilidade do discurso dominante.

Com base na crítica de Elisabeth Badinter a respeito do mito do amor materno, podemos afirmar que se produzem verdades sobre os modos de maternar e que essas verdades são absolutamente questionáveis quando observamos as diversidades em torno da maternidade. As mulheres originárias, no modo como cuidam dos seus filhos, são julgadas por um discurso branco e supostamente civilizado. Este, por sua vez, aceito como regra, liga mulher à maternidade, maternidade à maternagem e, por fim, estabelece um modo correto de maternar. Entretanto, de acordo com a filósofa, “não encontramos nenhuma conduta universal e necessária da mãe. Ao contrário, constatamos a extrema variabilidade de seus sentimentos, segundo sua cultura, ambições ou frustrações” (BADINTER, 1985, p. 366).

Entendemos que os processos de tolerância/intolerância têm a ver com processo de identificação aos quais são expostos

os grupos majoritários. Civilizados, normatizados, esses grupos aprendem que hábitos, tais como sentar-se ao chão, comer com as mãos, deixar que as crianças corram livres pelas ruas, são nocivos à saúde e ao bem-estar. Entretanto, isso também pode representar uma liberdade desejada, mas tolhida. Assim, estão, os grupos majoritários, confrontando-se com algo que lhes é estranho, mas familiar; familiar e desejável (inconscientemente) mas inaceitável.

O modo de maternar das mulheres originárias também parece chocar as informantes devido ao fato de que as mulheres de povos originários tornam público o que deveria estar no âmbito do privado, como ilustra a seguinte fala de uma das participantes: “[...] aquelas criaturas sendo amamentadas, ali, eu não gosto daquilo”. A participante deixa claro seu incômodo com a amamentação sendo realizada em local público. Roso (2005) salienta aspectos das representações sobre a amamentação que vão ao encontro da fala apresentada pela informante. A autora entende que a amamentação no peito não é aceita totalmente no Brasil; é apenas tolerada, de modo que as mulheres, em geral, não oferecem o peito aos seus filhos em locais públicos. Isso tem a ver como a maneira como é representada essa parte do corpo das mulheres.

Peitos são símbolos sexuais e objetos de exposição pública (carnaval, novelas, etc.) em nossa sociedade e quando vistos sob outro prisma – o materno – os olhares se desviam, como se os peitos se tornassem objetos do pecado, como se o leite fosse um alimento saindo pelo lugar proibido, um alimento sagrado, um tabu (ROSO, 2005, p. 130).

E ainda, podemos perceber um paradoxo entre a censura produzida sobre o aleitamento e, ao mesmo tempo, a necessidade

de cumprir com a tarefa da amamentação, tão imposta às mulheres através das campanhas de saúde da criança. O resultado é o que Meyer (2000) chama de pedagogias de amamentação. Se, por um lado, a amamentação é vista como um instinto ou competência materna inata, por outro, é contestada, negada e até mesmo impossibilitada. As pedagogias de amamentação, traduzidas em programas de incentivo do âmbito da saúde ou até mesmo em discursos sociais cotidianos, operam com o pressuposto de que, assim como os demais comportamentos desviantes, também a maternidade e a amamentação têm uma maneira correta de se expressar, precisando, portanto, ser ensinadas e aprendidas.

É claro que as representações sobre maternidade até agora apresentadas não são as únicas, pois toda representação é multifacetada e repleta de nuances. Em nossa pesquisa, pudemos conhecer discursos que tentam valorizar positivamente a maternagem das mulheres originárias: “As indígenas cuidando de seus filhos, isso é uma coisa bem interessante, parecem ser bem dedicadas” (E1); “É uma relação bem sincera, elas ficam catando piolhinho das crianças, sabe, às vezes eu observo” (E5).

Essa positividade não soa com muita certeza, como indicam as palavras: “parecem” e “às vezes”. As formas discursivas apontam que para as mulheres não originárias fica difícil compreender essa “outra” maternagem. As reações e os discursos desviantes sempre deixam uma dúvida e um estranhamento no ar, ao falarem acerca do significado da maternidade, isto é, de como uma mãe deve se portar diante das demandas.

Nas culturas dos povos originários, a mulher é uma fonte de energia, é dotada de intuição, é selvagem, não no sentido primitivo da palavra, mas selvagem como desprovida de vícios de uma sociedade dominante. Ainda, essas culturas veem a mulher como sutil, um espírito em harmonia, em evolução para

com sua sociedade e para com o bem-estar do planeta terra. Essa mulher não está condicionada psicológica e historicamente a transmitir o espírito de competição e dominação segundo os moldes da sociedade contemporânea. O poder dela é outro. “Seu poder é o conhecimento passado através dos séculos e que está reprimido pela história” (POTIGUARA, 2004, p. 46).

Apesar das repressões e negações sofridas, os grupos minoritários, nesse caso representados pelos povos originários, são parte da sociedade. Independentemente dos desejos das majorias, estão lá, ocupam um lugar e sua presença é um lembrete da existência de outros modos de vida diferentes daqueles dos dominantes. Como salienta Jovchelovitch (1998, p.74),

O *outro* não está simplesmente lá, esperando para ser reconhecido pelo sujeito do saber. [...] está lá [...] enquanto eu, com projetos [...], desejos que lhe são próprios, perspectivas que lhe são próprias. Ele não é redutível ao que o eu pensa ou sabe sobre ele, mas é precisamente “outro”, irredutível na sua alteridade.

Em suma, observamos e compreendemos que as manifestações sobre os povos originários procuram certo referencial, apoiam-se em arcabouços mentais e afetivos definidos por uma cultura, realizando uma ancoragem para dar sentido ao que lhes é estranho. As representações construídas tentam dar conta da não familiaridade com a maternagem dos povos originários, pois, apesar de termos identificado percepções positivas e negativas, nas entrelinhas das narrativas das entrevistadas, é possível ler certa dúvida, ambivalência e/ou contradição – e é justamente isso que confere plasticidade às representações

sociais. Entendemos que esses modos de criação dividem opiniões, mas também visualizam formas de compreender e significar a experiência da maternidade dessas mulheres.

POVOS ORIGINÁRIOS INVISÍVEIS: OU FIXANDO O ESTRANHO NUMA TERRA DISTANTE

Talvez aqui se encontre um dos temas mais complexos: a invisibilidade dos povos originários. Essa invisibilidade na história foi também observada por Lima e Almeida (2010). Com base nas informações produzidas em campo, percebemos que esses grupos não são muito notados e que, na maioria dos contatos estabelecidos com os transeuntes, que são raros, as conversas não duram muito tempo. As poucas interações que ocorrem entre os Kaingang e Guarani e as demais pessoas no espaço urbano tendem a ser fugazes e superficiais, como dizem as informantes: Eles são apagados, transparentes (E4); Deve ser bem complicado você querer apresentar a arte do seu povo e ninguém querer olhar, e as pessoas passam e olham para a vitrine e nunca para eles, eu observo isso (E4); Eu quando vejo eles, que é seguido, eu não procuro olhar muito, sabe. Nunca vejo ninguém comprando aquele artesanato e nem dando bola para aquelas musiquinhas (E5).

Alguns estudiosos puderam mostrar, a partir de pesquisas de campo, a existência de representações sociais negativas, por parte de pessoas não originárias, em relação a etnias indígenas [sic], situando o povo originário em uma representação hiper-real (BRUM, 2009; LIMA; ALMEIDA, 2010; RAMOS, 1995). Trata-se de uma representação estereotípica, que vai ao encontro da imagem do índio [sic] guerreiro, com arco e flecha em mãos, pronto para caçar, coletar o que precisa na floresta,

pintar o rosto e realizar suas danças sagradas, longe da influência negativa do branco. É o índio [sic] “hiper-real, dependente, sofredor, vítima do sistema, inocente das mazelas burguesas, íntegro em suas ações e intenções e de preferência exótico” (RAMOS, 1995, p. 11). Ramos (1995) compara essa representação com o que chama de clones de fantasia, que representam a imagem idealizada dos brancos e são colocados em uma quarta dimensão, pairando acima do além e do real.

Além da verbalização das participantes nas entrevistas, as fotografias feitas durante o trabalho de campo mostram que os transeuntes seguem seu caminho sem sequer olhar para os Kaingang e Guarani acomodados em espaços de circulação, no canto da vitrine de uma loja ou na escadaria de uma igreja, por exemplo. Esses sinais nos dão a impressão de que sua presença, ao se naturalizar, passa a fazer parte da paisagem. Por outro lado, entendemos que o olhar faz doer e com que as pessoas tenham que reconhecer o diferente e pensar sobre essas diferenças, a partir do olho que pensa (BARTHESES, 1984) e que faz acrescentar alguma coisa à imagem captada. Misericórdia? Nojo? Espanto? Admiração? Frente aos Kaingang e Guarani, todos esses sentimentos e emoções parecem se misturar nas representações das informantes da pesquisa, levando-as a tornar invisível o que olham e (algumas vezes) até a pisar sobre o que encontram em seu caminho.

Se o olhar exige reflexão – e toda reflexão envolve certa medida de sofrimento – mecanismos de defesa podem ser alçados para proteção. Um desses mecanismos pode ser tratar o outro como se todos do seu grupo fossem parecidos. Esse mecanismo já foi apontado por Freire (2005), que faz uma crítica à ideia equivocada ainda circulante na sociedade de um índio [sic] genérico. Segundo o autor, a generalização dos povos indígenas

[sic], tão diversos em suas culturas, termina por apagar suas diferenças. Assim, os discursos das informantes reforçam, por meio de uma representação maquínica da similitude, a indiferença aos povos originários:

Se eles ficarem mais velhos ficam tudo iguais. (E1)

Como bugre, que é o que alguns dizem. Quero dizer que os depreciamos, para nós é tudo igual. (E2)

Não sei, tipo se são bugre, sabe. (E3)

Olha, o que me faz pensar é que eles vêm não sei da onde, e trazem aquele monte de artesanato, todos parecidos. (E5)

Índio pra mim é índio. (E5)

A generalização desses povos pode conduzir a um processo de invisibilização destes, posto que, ao serem considerados todos iguais, não são observados em suas singularidades, em suas humanidades. No caso da invisibilidade, ela é uma forma negativa de interação, baseada na indiferença e no desprezo da cultura do diferente, que tem como consequência a segregação social. Isso está bem situado na fala de uma das informantes antes citada: “ninguém comprando aquele artesanato e nem dando bola para aquelas musiquinhas”.

Para as informantes deste estudo, a invisibilidade pode representar também algo positivo. Enquanto as minorias estão invisíveis, situadas no seu canto, não são motivo de incômodo para as majorias e, nesse caso, são toleradas. Entretanto, o fato de se tratar de seres humanos invisibilizados demonstra a faceta perversa das representações sobre essas pessoas, a de uma política de

segregação. Como o olhar faz doer, uma das soluções encontradas pelas informantes é o desejo de exclusão dos povos originários do território urbano, ou melhor, a segregação:

Eu acho que teria que ter um lugar para eles ficarem, sabe, a gente tá passando e tem que estar desviando deles, né, assim não dá. (E2)

Eu acho que se eles tivessem na terra deles seria melhor. (E3)

Índio pra mim é índio, tem que ficar na floresta cultivando as coisas deles. (E5)

Diferentemente, outras informantes relatam sentir e pensar que a permanência desses grupos no local é algo difícil de entender. Há uma representação do Kaingang e do Guarani como um ser da terra, não ligado às tradições da maioria. Existe, talvez, um discurso camuflado de racismo e, conseqüentemente, de segregação, pois as pessoas entrevistadas se sentem estranhas ao olhar para essas diferenças, o que aparece em frases como:

Acho estranho aquilo, pois eles não fazem parte daquela paisagem [...]. Nem sei, fico só apavorada, sabe, de ver aquilo ali, né, não sei se são todas as cidades, né, mas não sei o porquê eles pegaram Santa Maria para fazer isso. (E3)

Eu acho que estranhamos porque somos criados com isso, sabe, com certa visão de índio, que eles vivem no meio do mato - que tem o pajé - que caçam, que vivem da terra. Realmente é diferente, sabe, acho

que por isso que eles não fazem parte, sabe, somos criados com essa visão de índio, acho que isso influencia. (E1)

Olhamos eles hoje e eles nos parecem intrusos, sabe, é uma loucura, pois na verdade eles são os donos dessa terra. (E2)

Não estão nem na natureza que deveria ser o lugar onde índio fica. (E5)

É uma pessoa que tem uma cultura própria que cultiva terra, que está na natureza, com aquelas coisas de pajé, que tem uma religião, que lida com a terra. (E5)

O preconceito e a intolerância perante as diferenças não são somente elementos cognitivos ou psíquicos. Por meio de nossas reflexões, chegamos à conclusão de que o preconceito é uma questão de transferência, que implica olhar para o outro e demandar certo reconhecimento. O preconceito e a intolerância caminham de mãos dadas, pois por trás dessas atitudes para com o outro estão a estranheza, o pavor e, muitas vezes, o desconhecimento de si. Nesse sentido, como afirma Ricoeur (1990), há uma dificuldade de reconhecer-se e de reencontrar-se em um outro. Esse outro completamente diferente de nós mesmos causa-nos interrogações. Assim, defendemos que precisamos entender o preconceito não apenas como uma atitude negativa, mas como uma atitude de defesa, além de ser preciso diferenciar preconceito de racismo.

A pesquisa realizada por Lima e Almeida (2010), em Sergipe, apresenta informações muito similares ao nosso estudo. A representação social construída pelos sergipanos sobre os índios [sic] baseia-se, sobretudo, na pressuposição de

uma distância cultural e espacial. A evocação mais comumente e central produzida foi a das “práticas culturais” (LIMA; ALMEIDA, 2010, p. 26), categoria formada por termos que fazem referência a um índio [sic] exótico, com hábitos e práticas diferentes. Essas representações também podem servir para a construção de intolerância e racismo.

Por outro lado, nem sempre aquilo que é exótico, não familiar, gera distância ou intolerância, como lembra De-Graft Aikins (2012). A autora questiona o princípio da familiaridade no processo representacional, demonstrando as limitações dessa função no entendimento da construção das representações sociais, pois nem sempre as pessoas resistem ao desconhecido. Essa hipótese merecerá nossa atenção na continuidade de nossas pesquisas envolvendo minorias sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença dos povos originários em centros urbanos trouxe uma série de reações por parte das transeuntes da cidade, reações das mais variadas para o estudo no campo da psicologia social. Trata-se do estranhamento e da busca (ou não) de reconhecimento da alteridade, o que pode ser avaliado por reações, gestos, olhares e frases ao entrar em contato com as diferenças. As representações desses povos, como tentamos mostrar, são demarcadas pela necessidade de se estabelecer uma diferença entre o “nós” (maioria) e o “outro” (minorias). Existe uma tentativa de divisão simbólica, uma espécie de reforço identitário por parte das maiorias, que, mediante a representação, justificam a diferença entre os povos.

Para desenvolvermos esses signos em nosso estudo, chamamos de negativo o uso de representações estereotipadas, isto é, a transformação do não familiar em familiar dentro do círculo cultural da maioria, o que parece estimular a criação de representações e modos de relações de dominação (e.g., violência de gênero, racismo). Por outro viés, as relações de familiaridade não desaguvam, nesse caso, em relações de intolerância, e sim em certa compaixão, sempre acompanhada de “pitadas” de contradição por parte das entrevistadas, demonstrando a complexidade das representações sociais e das relações interpessoais, intrapessoais e objetais. O tema “maternidade incúria” se mostrou emergente em todas as entrevistas. A não familiaridade frente a modos de criação que a maioria desconhece e que geram desconforto, mas, ao mesmo tempo, certa contradição, indicou possível confusão de sentimentos e percepções, a dimensão de algo diverso, de um choque cultural existente entre as pessoas.

O eixo representacional “Povos originários invisíveis” revelou diversos discursos que envolvem uma política de separação/segregação, uma visão estereotipada sobre esses povos. Em ambos os eixos discutidos no trabalho, a separação/segregação era justificada por uma série de representações sociais criadas historicamente e que fortaleciam as identidades das informantes. O trabalho psíquico de reconhecimento e de pensamento acionava produções simbólicas que faziam parte de um universo histórico antigo, das quais as pessoas não conseguiam se desvencilhar, produzindo ideias e imagens estereotipadas e naturalizantes.

Torna-se evidente, tanto nas observações quanto nas entrevistas, a presença de discursos e atitudes que demonstram a predominância de uma vontade latente de não estabelecimento de contato, de segregação, por parte das majorias em

relação aos povos originários. A tolerância existe quando não há indícios de aproximação. As representações presentes demonstraram isso, a não familiaridade como um aspecto do negativo, produzindo, muitas vezes, a indiferença e a invisibilidade.

As representações sociais, nesse sentido, podem facilitar ou dificultar a comunicação entre os diferentes povos. O fato de pensarmos e percebermos os povos originários como primitivos, por exemplo, ou como somente “índios”, pode gerar uma série de comportamentos e atitudes, assim como olhares de repulsa ou de ambiguidade em relação a essas populações. O modo como observamos e representamos o mundo, os objetos, as pessoas pode estar intimamente ligado à criação de políticas públicas, muitas vezes, com visões fragmentadas da realidade e demonstrando representações sociais que não respeitam as diferenças.

Tivemos a intenção aqui de fazer um ensaio etnográfico. Isso não apenas significa que há um longo trajeto a ser percorrido, mas também que existem possibilidades para desdobramentos, curvas, retornos para continuar pesquisas nesse campo, abordando, por exemplo, as limitações do princípio da familiaridade no entendimento da construção das representações sociais e o racismo como uma representação social. Estudamos o tema da intolerância a partir de nosso olhar de pesquisadores não originários, entrevistamos apenas mulheres (e não homens) não originários, advindas de certa classe social, observamos transeuntes em um cidade específica que passavam por povos específicos, mas carregamos o desejo de que nossas reflexões aqui partilhadas possam inquietar outras pessoas, originárias ou não, ao ponto de abrirem novas trilhas na direção da compreensão sobre a (in)tolerância.

Nosso posicionamento frente à discussão aqui proposta não parte de uma concepção pacificadora e alienante, não

se trata de um ato de negação das próprias diferenças, isto é, reconhecemos as diferenças étnicas, culturais, raciais etc. Também não se trata, seguindo o raciocínio de Catafesto (2013, documento extraído da internet),

de opções de comportamento ou mistura heterogênea de traços culturais isolados, mas sim de constantes embates de entendimento e de negociação que se fazem nas fronteiras entre grupos e agentes que rivalizam por interesses divergentes dentro de um mesmo espaço geopolítico.

Consideramos inadequada a tolerância moderna, promovida pelo mercado, a qual, segundo Bauman (2009), leva à fragmentação, à separação comunitária e à redução dos laços sociais. Ela sobrevive enquanto continua a ser vivida no mundo aéreo do jogo simbólico da representação, e não transborda para a coexistência dos grupos humanos. Concluimos, então, que a tolerância aos povos originários é compatível com as relações de dominação e pode ser exercida sem medo e sem culpa, pois confirma a superioridade e o privilégio do tolerante. O outro, sendo diferente, perde o direito a um tratamento equitativo. Com os laços sociais reduzidos à tolerância, a diferença levanta muros invisíveis e cerca florestas imaginárias.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, A. **Representando a alteridade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARTHES, R. **A câmera clara: nota sobre a fotografia**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984. 185 p.
- BAUMAN, Z. **Modernidade e ambivalência**. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 2009.
- BEAUD, S; WEBER, F. **Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos**. Petrópolis: Vozes, 2007. 235 p.
- BOFF, L. **Virtudes para um outro mundo possível: convivência, respeito e tolerância**. Petrópolis: Vozes, 2006.
- BRUM, C. V. Sepé Tiaraju: O índio que os gaúchos querem viver, representações, identidades e educação. In: PENNA, R.; SILVA, G.; CARNEIRO, L. C. (Ed.). **RS Índios: cartografias sobre a produção do conhecimento**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009. p. 15-28.
- CATAFESTO, J. **Povos originários e os entraves na efetivação de seus direitos constitucionais**. Entrevista especial com José Otávio Catafesto. IHU, Entrevistas, 30 de setembro. São Leopoldo, Unisinos, 2013. Disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5191&secao=428>. Acesso em: 14 jul. 2017.

DE-GRAFT AIKINS, A. Familiarising the unfamiliar: cognitive polyphasia, emotions and the creation of social representations. **Papers on Social Representations**, London, v. 21, p.7.1-7.28, 2012.

FREIRE, J. R. B. **Cinco ideias equivocadas sobre os índios**. Palestra proferida no dia 22 de abril de 2002. Curso de extensão de gestores de cultura dos municípios do Rio de Janeiro, organizada pelo Departamento Cultural, 2005.

GONDRA, J. G. A sementeira do porvir: higiene e infância no século XIX. **Educação e Pesquisa, São Paulo**, v. 26, p. 99-117, 2000.

GUARESCHI, P. (Ed.). **Os construtores da informação**: meios de comunicação, ideologia e ética. Petrópolis: Vozes, 2000.

JOVCHELOVITCH, S. **O contexto do saber**: Representações, comunidade e cultura. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

LIMA, M. E. O.; ALMEIDA, A. M. M. Representações sociais construídas sobre os índios em Sergipe: ausência e invisibilização. **Paideia**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 17- 27, abr. 2010.
Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2010000100004&lng=en&nrm=iso>.
Acesso em: 14 jul. 2017.

MARIANO, S. A; CARLOTO, C. M. Gênero e combate à pobreza: Programa Bolsa Família. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 901-908, set./dez. 2009.

MEYER, D. E. As mamãs como constituintes da maternidade: uma história do passado? **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 117-133, jul./dez. 2000.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2003.

NAKASHIMA, E. Y.; ALBUQUERQUE, M. A. S. A cultura política da visibilidade: os Pankararu na cidade de São Paulo. **Est. Hist.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 47, p. 182-201, 2011.

POTIGUARA, E. **Metade cara, metade máscara**. São Paulo: Global, 2004.

RAMOS, A. R. O índio hiper-real. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.28, p. 5-14, 1995.

RIBEIRO, D. **Os índios e a civilização**: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

RICOEUR, P. **Do texto à ação**: ensaios de hermenêutica II. Porto: Rés-Editora, 1989.

_____. **Interpretação e ideologias**. Rio de Janeiro: Vozes, 1990.

_____. **O discurso da ação**. Lisboa: Edições 70, 1988.

_____. **Tolerance between intolerance and the intolerable**. Indianapolis: Diogenes, 1996. 219 p.

ROSO, A. **Cultura sexual e reprodutiva em tempos de AIDS**: análise transcultural dos discursos relacionados à transmissão materno-infantil do HIV-1. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós-graduação em Psicologia

Social e Institucional, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

_____. Narrativas de Sofrimento e Vitória: transmissão.

Pensamento Plural, Pelotas, v. 4, p. 155-190, 2009.



Este livro foi projetado pela equipe
editorial da Editora da Universidade
Federal do Rio Grande do Norte.

