



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Biomédico

Instituto de Nutrição

Claudiane Monsores de Sá Cavalcante

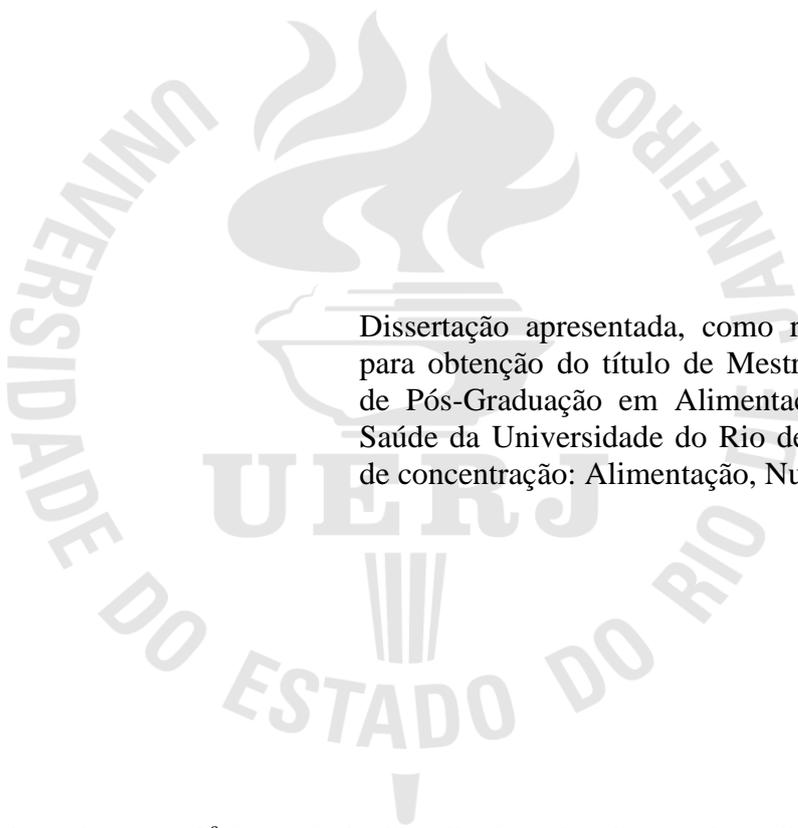
**Sentidos e significados em torno da alimentação de homens idosos que
moram sós**

Rio de Janeiro

2013

Claudiane Monsores de Sá Cavalcante

Sentidos e significados em torno da alimentação de homens idosos que moram sós



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde da Universidade do Rio de Janeiro. Área de concentração: Alimentação, Nutrição e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Claudia da Veiga Soares Carvalho

Coorientador: Prof. Dr. Francisco Romão Ferreira

Rio de Janeiro

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

C376 Cavalcante, Claudiane Monsores de Sá.
Sentidos e significados em torno da alimentação de homens idosos que moram sós / Claudiane Monsores de Sá Cavalcante. – 2013.
110 f.

Orientadora: Maria Claudia da Veiga Soares Carvalho.
Coorientador: Francisco Romão Ferreira.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Nutrição.

1. Idosos – Saúde e higiene – Teses. 2. Nutrição – Teses. 3. Hábitos alimentares – Teses. I. Carvalho, Maria Claudia da Veiga Soares. II. Ferreira, Francisco Romão. I II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Nutrição. IV. Título.

es

CDU 613.2-053.88

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Claudiane Monsores de Sá Cavalcante

Sentidos e significados em torno da alimentação de homens idosos que moram sós

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde da Universidade do Rio de Janeiro. Área de concentração: Alimentação, Nutrição e Saúde.

Aprovada em 31 de julho de 2013.

Orientadora:

Prof^ª Dra. Maria Claudia da Veiga Soares Carvalho
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Francisco Romão Ferreira
Instituto de Nutrição – UERJ

Prof^ª Dra. Shirley Donizete Prado
Instituto de Nutrição – UERJ

Prof. Dr. Paulo Vasconcellos
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2013

DEDICATÓRIA

À minha família, minha maior riqueza. Aos idosos da minha vida, minha inspiração.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, fonte inesgotável de sabedoria!

Ao meu esposo Rodrigo, com quem quero envelhecer: obrigada pela paciência e apoio.

Aos meus amados pais, Natan e Leninha, pelo carinho e incentivo constante.

Aos meus irmãos Natan, Liliane, Christiane e Jonathas, meus cunhados, sobrinhos pelo companheirismo, apoio, estímulo e exemplos de força e perseverança.

A minha orientadora e incentivadora, Prof.^a Dr.^a Maria Cláudia da Veiga Soares Carvalho pela paciência, perseverança, parceria, motivação nessa trajetória.

Ao meu coorientador Prof. Dr. Francisco Romão Ferreira por topar fazer parte dessa equipe e pelas ricas contribuições a este estudo.

Aos integrantes do NECTAR pelos encontros inspiradores, em especial às amigas Fatima e Chris por dividirem “seus idosos” comigo.

Agradeço a CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) por conceder a bolsa de mestrado.

Ao meu “eterno” orientador, amigo e grande incentivador Prof. Msc. Marcelo Castanheira Ferreira, por me ajudar a trilhar o caminho em direção à realização desse sonho.

Aos colegas de Mestrado por dividirem os momentos de alegria e aflição, em especial à amiga Elisa Mendonça.

Aos professores e secretárias do PPGANS.

Às coordenadoras do Grupo Renascer e amigas especiais Maria Lucia, Maria Tércia e Marta, por me darem a oportunidade de fazer parte desta equipe, pelo exemplo de profissionais, carinho e dedicação com que desenvolvem esse trabalho.

Aos demais companheiros “Renascentistas”, professores, técnicos administrativos, bolsistas, estagiários e voluntários. Obrigada pelo apoio!

E por último e não menos especial, aos queridos idosos do Grupo Renascer, por me receberem com carinho e atenção e partilharem comigo alguns momentos de suas vidas.

For of him, and through him, and unto him, are all things. To him be the glory for ever. Amen.

Romans 11:35

RESUMO

CAVALCANTE, Claudiane Monsores de Sá. *Sentidos e significados em torno da alimentação de homens idosos que moram sós*. 2013. 110 f. Dissertação (Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde) - Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

Essa dissertação analisa, a partir de uma perspectiva socioantropológica, os sentidos e significados atribuídos à alimentação de homens idosos que moram sozinhos e que circulam no contexto urbano da Grande Tijuca, região com grande diversidade de espaços para a realização das refeições. Nosso estudo acompanhou um Programa de Extensão de Promoção à saúde e qualidade de vida do idoso, desenvolvido na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro por 17 anos, e, a partir de uma perspectiva de mosaico cultural analisar os fenômenos sociais em questão e os sentidos que esses atores sociais atribuem às suas ações. A reflexão sobre as concepções em torno do envelhecimento, da velhice e da masculinidade na sociedade contemporânea, foi operacional para compreender a forma como estão relacionadas com as concepções de alimentação e saúde entre os idosos do Grupo Renascer. O que evidenciamos em nosso estudo foi que a virilidade e a juventude foram questões que estavam relacionadas às concepções em torno da alimentação e influenciavam nas práticas alimentares dos idosos do estudo. E essa jovialidade, juntamente com a virilidade se articulam com a alimentação desse idoso, quando ele sai e vai realizar as refeições fora de casa, em um ambiente que também circulam jovens, quando ele assume posturas que são mais comuns entre os mais jovens a partir das roupas e de frequentar espaços como shopping, praças de alimentação, sair para comer pizza com amigos. Essas práticas o capitalizam e dá a ele um prestígio e distinção.

Palavras chave: Alimentação. Idosos. Sociabilidade. Estilos de vida.

ABSTRACT

CAVALCANTE, Claudiane Monsores de Sá. *Senses and meanings around the feeding of elderly men who live alone*. 2013. 110 f. Dissertação (Mestrado em Alimentação, Nutrição e Saúde) - Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

This dissertation analyzes, from a social anthropological perspective, the meanings attributed to feed elderly men who live alone and circulating in the urban context of Tijuca Grande region with great diversity of venues for meals. Our study followed a Program Extension Health promotion and quality of life of the elderly, developed at the Federal University of the State of Rio de Janeiro for 17 years, and, from a perspective of cultural mosaic analyze social phenomena in question and senses that these social actors give to their actions. Reflection on the concepts about aging, old age and masculinity in contemporary society, was operating to understand how they are related to the concepts of food and health among older of Grupo Renascer. What we observed in our study was that the virility and youth were issues that were related to the concepts around the feeding and influenced the eating habits of the elderly study. And this joviality along with virility articulate with the feeding of that old, when he goes out and meals outside the home, in an environment that also run youth when he takes positions that are more common among young people from attending clothes and spaces such as shopping, food courts, go out to eat pizza with friends. These practices to capitalize and gives him a prestige and distinction.

Keywords: Food. Elderly. Sociability. Lifestyles.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Atividade cinético funcional, 2013	35
Figura 2	Oficina Culinária, 2011	36
Figura 3 -	Reunião Geral, 2013	36
Figura 4	Reunião Geral, 2013	36
Figura 5 -	Localização da Grande Tijuca	42
Figura 6	Grupo de homens idosos jogando, Praça Afonso Pena	45
Figura 7 -	ATI, Praça Afonso Pena	48
Figura 8 -	Grupo de atividade física organizado por uma drogaria, Praça Afonso Pena	48
Figura 9 -	Situações que podem levar à formação de domicílios unipessoais	56

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição percentual de idosos segundo sexo	37
Gráfico 2 -	Distribuição percentual de idosos segundo grau de instrução	38
Gráfico 3 -	Distribuição percentual de idosos segundo estado civil	38
Gráfico 4 -	Pirâmide Etária Absoluta, 1980	54
Gráfico 5 -	Pirâmide Etária Absoluta, 2050	54
Gráfico 6 -	Composição das famílias brasileiras	55

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	16
2	OBJETIVOS	26
2.1	Objetivo Geral	26
2.2	Objetivos Específicos	26
3	ASPECTOS METODOLÓGICOS	27
3.1	Percurso Metodológico	27
3.2	Referencial Teórico	32
3.3	O Grupo Renascer	33
3.4	Perfil dos idosos sós	39
4	A CONSTRUÇÃO DO CAMPO ETNOGRÁFICO	42
4.1	A Grande Tijuca	42
4.2	Velho é trapo, eu sou idoso	49
5	RESPONSÁVEL POR DOMICÍLIO: UMA CLASSIFICAÇÃO QUE CAPITALIZA	53
5.1	As relações sociais, os vínculos e a comensalidade	58
6	A QUESTÃO DE GÊNERO	63
6.1	Uma concepção masculina de saúde e alimentação	63
6.2	A masculinidade, o mundo da aposentadoria e o comer	71
7	A QUESTÃO DA ALIMENTAÇÃO	76
7.1	Imperativo da alimentação saudável e a normatização	76
7.2	Alimentação, saúde e masculinidade	86
7.3	Resignificando a alimentação fora do lar	91
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
	REFERÊNCIAS	99
	APÊNDICE A - Roteiro de entrevistas individuais	107
	APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido	108

APRESENTAÇÃO

A iniciativa de realizar o estudo surgiu a partir de uma vivência de nove anos junto ao Programa Interdisciplinar de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida do Idoso – Grupo Renascer, que é um programa de extensão da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), com dezesseis anos de existência e desenvolve atividades diversas para o público da terceira idade.

Iniciei minha participação no programa ainda no segundo ano de graduação em Nutrição na UNIRIO, como bolsista de extensão. Desde então fui voluntária de pesquisa e estagiária e realizei juntamente com a população idosa do programa o trabalho de conclusão de curso de graduação. Depois de formada prossegui neste projeto na condição de bolsista MEC/SeSU e atuei como nutricionista monitora e também bolsista TCT/FAPERJ. Ao longo desta trajetória junto ao Programa realizei diversas pesquisas apresentadas em congressos e escrevi, em parceria com outros profissionais do programa, dois capítulos de livros na área do envelhecimento humano (CASTANHEIRA; CAVALCANTE, 2012; MALTA et al, 2012). Tive a oportunidade de realizar ainda, o curso de Aperfeiçoamento em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, na modalidade à distância, realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, somando assim nove anos de atuação junto a população idosa do Programa Renascer, onde hoje realizo atividades voluntárias.

Era hora então de buscar a pós-graduação *stricto sensu*. Escolhi o Programa de Pós Graduação em Alimentação Nutrição e Saúde (PPGANS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) pela instituição possuir a Universidade Aberta da Terceira Idade- UNATI e por ter diversas pesquisas na área do envelhecimento desenvolvidos no Núcleo de Estudos Sobre Cultura e Alimentação – NECTAR. E lá fui acolhida. Iniciei como ouvinte e sob orientação da Professora Doutora Maria Claudia da Veiga Soares Carvalho e sempre com auxílio das demais professoras do Núcleo. No ano de 2012 ganhamos a colaboração do Professor Doutor Francisco Romão e desenvolvemos a pesquisa aqui apresentada.

A presente investigação é uma abordagem socioantropológica que busca compreender os sentidos e significados em torno da alimentação e saúde no imaginário de homens idosos que moram sozinhos e frequentam o Programa Renascer/UNIRIO. O primeiro capítulo

consiste na contextualização do estudo, apresentado algumas considerações sobre o envelhecimento, a velhice e alguns fatores a eles relacionados como a aposentadoria no contexto sociocultural em que o estudo é desenvolvido, além de questões relativas a alimentação e a saúde. No segundo capítulo apresentamos os objetivos do estudo. Em seguida são destacados os aspectos metodológicos da pesquisa, apontando o percurso metodológico desenvolvido para a obtenção dos resultados. Há a descrição do referencial teórico, do Programa onde foi desenvolvida a pesquisa e do perfil dos idosos, além da apresentação da perspectiva sob qual analisamos a alimentação.

Apresentamos no capítulo 4 a construção do campo etnográfico do estudo, descrevendo a região da Grande Tijuca a partir das falas de alguns idosos, além da aproximação com os termos como velhice, idosos e terceira idade e a influência destes na construção das concepções em torno da alimentação e saúde. Nos capítulos 5 e 6 apresentamos as categorias de análises selecionadas: responsável por domicílio e a perspectiva de gênero masculino, abordando como características como masculinidade, virilidade e juventude permeiam as concepções de alimentação saudável desses homens. Destacamos ainda as relações sociais estabelecidas no grupo e fora dele e questões relativas ao convívio social e a comensalidade.

No último capítulo damos destaque as questões da alimentação saudável e a masculinidade, com ênfase na normatização, imperativo de alimentação saudável e os aspectos simbólicos da alimentação para os idosos sós. Destacando ainda a alimentação fora do lar e sua resignificação para esse grupo. Apresentamos então as considerações finais sobre o trabalho, destacando os principais pontos das análises, além de algumas observações sobre o que foi vivenciado no campo de estudo e sobre os sentidos e significados da alimentação para o grupo estudado.

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa está voltada para um grupo de idosos, considerado aqui aqueles com 60 anos ou mais, do sexo masculino. Ao estudar a velhice e o envelhecimento, deve-se fazê-lo levando em conta fatores como o contexto cultural, social, político e econômico, a história pessoal, dentre outros, que podem interferir de forma direta sobre a vida das pessoas, como as questões de gênero (AREOSA, 2004).

Gênero é uma categoria socialmente construída e reflete em vários aspectos da vida como na sexualidade, identidade, política, divisão do trabalho e também o cuidado com a saúde (SANTOS, 2010). Refletir sobre a dimensão relacional de gênero vai muito além de vitimizar as mulheres e culpabilizar os homens em suas relações sociais; auxilia na identificação das formas como se institucionalizam e se atualizam essas relações, não apenas entre homens e mulheres, mas em práticas de homens e mulheres (MEDRADO, 2011).

Bourdieu (2002) destaca esta divisão arbitrária das coisas e atividades entre masculino e feminino e relata ainda que estas se naturalizam e são incorporadas de forma inconsciente, parecendo assim ser normal, natural, a ponto de ser inevitável e são incorporadas nos corpos e *habitus*. Gomes (2010) também afirma que gênero não inclui apenas características corporais, inclui atos, comportamentos, sentimentos esperados das pessoas para serem consideradas homens ou mulheres, que devem ter atitudes de acordo com o que a sociedade em que está inserido espera de um padrão masculino ou feminino. Esses modelos de masculinidade ou feminilidade são socialmente construídos e são transmitidos por meio da convivência social, através dos meios de comunicação, da educação.

O envelhecimento é um processo que atravessa as desigualdades de gênero. Relacionar envelhecimento e gênero contribui para a ampliação da compreensão da dinâmica da velhice. A reflexão das concepções em torno do envelhecimento e da velhice na sociedade contemporânea, que serão apresentadas mais a frente, foram operacionais para compreender a forma como estão relacionadas com as concepções de alimentação e saúde entre os idosos do Grupo Renascer. A urbanização e o modo de vida urbano também são fatores que incidem sobre a alimentação, portanto, é de suma importância compreender também esse contexto em que essas relações são construídas e mantidas, sendo nessa proposta, o contexto urbano de uma grande cidade brasileira, o Rio de Janeiro.

Segundo Kuawe (2012), o cenário urbano é diferenciado para a vivência desta fase da vida. Em outro contexto como o rural ou até mesmo uma cidade de menor porte, o envelhecimento seria vivenciado de forma diferente podendo resultar assim em sentidos e significados distintos dos encontrados em nosso estudo. Goldenberg (2011, p.18) aponta, por exemplo, que na cultura carioca há uma moralidade associada ao cultivo da juventude e boa forma corporal, com valorização do “corpo jovem, magro, belo e sem marcas da velhice”.

Outro ponto a destacar é que entre os municípios das capitais o Rio de Janeiro tem maior proporção de idosos, representando 12,8% da população total. Com uma população mais envelhecida, a proporção de idosos morando sozinhos também tende a aumentar. Observa-se um crescimento dos arranjos unipessoais de domicílios nas últimas décadas no Brasil, inclusive entre a população idosa do Rio de Janeiro que apresenta a segunda maior proporção de idosos morando sozinhos, vindo atrás apenas de Porto Alegre (IBGE, 2002). E foi este o arranjo domiciliar aqui selecionado para estudo.

O município do Rio de Janeiro apresentou ainda junto com o Distrito Federal (DF) as maiores rendas médias para idosos em 2000, sendo seguidos pelos demais estados das Regiões Sudeste e Sul. Observa-se um aumento do rendimento dos idosos, segundo o IBGE, dos anos de 1991 para o ano 2000 e uma das justificativas para tal poderia ser a universalização dos benefícios da seguridade social ocorrida na década passada e vale ressaltar também que o Rio de Janeiro foi capital da República e Brasília (DF) é a atual capital há aproximadamente 50 anos, possuindo ambas um significativo número de funcionários públicos aposentados, se comparadas a outras capitais. Um número grande de empresas públicas está no Rio de Janeiro como Petrobrás, BNDES. Porém, observa-se também um relevante grau de desigualdade de rendimentos (IBGE, 2002).

Esse é um perfil da população idosa que tem sido observado como fruto da transição demográfica característica de países industrializados e trás preocupações, em especial ao Brasil que é um país de desigualdades que, ao mesmo tempo em que é industrializado, possui uma importante área rural de onde veio boa parte dessa população idosa que habita os grandes centros urbanos hoje. Essa população não possui muita escolaridade, tem pouca qualificação profissional e a renda é deficiente, dependendo da aposentadoria que muitas vezes é insuficiente. Essas características poderão ser observadas ao verificarmos o perfil do grupo estudado mais a frente.

Esse perfil vem gerando assim discussões e estudos que tem por objetivo fornecer dados que subsidiem o desenvolvimento de políticas e programas adequados para atender essa crescente parcela da população (PAPALÉO NETTO, 2005), pois o envelhecimento populacional é acompanhado pelo envelhecimento do indivíduo e gera reflexos na Previdência social; na População Economicamente Ativa; nas conformações das famílias, pois há o crescimento do número de famílias nas quais existe pelo menos um idoso; além do custo para a saúde. Debert (1999) aponta que os custos da aposentadoria e da cobertura médico-assistencial da velhice indicam que, se não houver transformações e reformulações, há a possibilidade de, em um futuro próximo, o Brasil não poder arcar com seus gastos sociais. Esse processo altera então a vida do indivíduo, as estruturas familiares e a sociedade.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano (ANDRADE et al, 2012). Não se fica velho aos 60 anos. Observa-se que ter 60 anos hoje é diferente do que representava há algum tempo atrás e provavelmente será diferente também no futuro. Vem se transformando, mudando seus costumes, gostos, interesses, estilos de vida e expectativas. De acordo com Gardner (2009), um bebê nascido na Inglaterra em 1900 tinha uma expectativa de vida de 46 anos. Seu bisneto, nascido em 1980, 74 anos de vida. Já seu tataraneto, nascido em 2003 pode esperar viver até cerca dos 80 anos. E ainda hoje, no mundo que é mosaico, com diversidade cultural, social e econômica, há diversos tipos de idosos, dependendo da camada social, gênero, geração, etnia, entre outros fatores.

Essa flexibilização das classificações de idades, a pluralidade e as experiências geracionais heterogêneas são fenômenos apontados como característicos da sociedade contemporânea (LINS DE BARROS, 2011). A visão de quando se inicia a velhice tem se tornado bem mais individual. Ou seja, enquanto para algumas pessoas ela começa aos 60, para outras ela começa aos 80. Esse grupo etário abrange um intervalo de aproximadamente 30 anos.

Portanto, nesse contexto sociocultural e enquanto construção social, ser idoso apresenta aspectos muito diferentes em relação aos que se exibiam no início do século XX. Até mesmo a nomenclatura para essa fase da vida modificou-se com o aparecimento de outras designações. Terceira idade, melhor idade, feliz idade, maturidade, novos termos para referir-se à velhice, assim como alusões a novas possibilidades de vivê-la. Ariès (1981) mostra que a modernidade assistiu à emergência de etapas intermediárias entre a infância e a idade adulta, e hoje assistimos, segundo Debert (1999), a proliferação de etapas intermediárias de envelhecimento.

A forma como as pessoas percebem, simbolizam e vivem essa fase da vida sofre então modificações ao longo do tempo numa mesma sociedade ou pode ser diferenciada em grupos sociais diferentes de uma mesma sociedade (KUWAE, 2012). Mas esta questão não está estabelecida em torno do número sessenta, mas sim relacionada às qualidades, valores, subjetividades e crenças associadas ao conceito. Os sentidos e significados relacionados a

estes 60 anos. Maturidade, vigor, decadência, experiência, limitações, são sentidos atribuídos aos 60 anos e vão depender do lugar social que o idoso se encontra.

Há uma gama de critérios para demarcar o que venha a ser um idoso, sendo o mais comum o baseado no limite etário, que é utilizado inclusive na Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994). A Organização Mundial da Saúde (OMS), por exemplo, classifica cronologicamente como idosos, as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento. Segundo o Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003, é considerada idosa a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, entretanto pela diversidade do grupo etário, a literatura tem introduzido subcategorias como jovens velhos de 65 a 75 anos, os velhos de 75 a 85 e os velhos-velhos ou muito velhos com mais de 85 anos.

A heterogeneidade desse segmento da população extrapola a da composição etária, pois há diferentes trajetórias vividas, além da diversidade de vida social e cultural. Dependendo da trajetória de vida experimentada, o idoso vai ter inserção distinta na vida social e econômica do país. Segundo Kuawe (2012) o envelhecimento não é apenas uma quantidade de anos vividos ou um período da vida representado pela idade cronológica. É um fenômeno biológico, mas também um fato cultural, pois é revestido de símbolos, com diversas formas de representação, havendo assim diferentes formas de pensar e viver a velhice. Lins de Barros (2011) aponta que nesse contexto atual de pluralidade, as idades são apreendidas como etapas que vão definir estilos que podem ou não ser adotados. Ser um idoso asilado, um velho singular ou participando dos programas oferecidos revela a maneira própria como cada um significa, representa e vive sua respectiva velhice.

No Brasil, com a sua complexidade regional, de estratos sociais, o envelhecimento tem sido significado de diversas formas. Ora considerado sinônimo de decadência física e de perdas, por vezes relacionada ao binômio “saúde - doença”, relacionada também à lógica social consumista onde ser jovem, ativo e bem sucedido tornou-se o foco do mercado. Ora assumido como uma nova oportunidade de vivências e experiências. Essas formas distintas de significar são construídas socialmente e modificam-se ao longo do tempo e do espaço.

Em um estudo realizado em 1996, Santos observou a influência das representações sociais de velhice sobre a identidade do sujeito idoso, com pessoas não idosas e pessoas idosas da zona rural nordestina. Segundo os resultados encontrados pelo autor as pessoas que não eram idosas representavam a velhice de forma negativa, com temor, pois a percebiam

como um momento de perdas tanto afetivas quanto sociais. Já os idosos consideraram que chegar à velhice era uma conquista e as transformações no corpo poderiam ser bem aceitas por serem frutos de sua história. Vale ressaltar que nas camadas mais pobres, chegar a essa faixa etária é algo, muitas vezes, inesperado; uma conquista se comparado às gerações anteriores.

Há muitos sentidos e significados construídos e incorporados ao envelhecimento, e é através deles que os indivíduos irão regular suas ações, pensamentos e desejos. Um dos resultados desta realidade demográfica observada e os sentidos e significados atribuídos a ela é a criação da chamada terceira idade, que tem como principal característica a produção de uma imagem produtiva do envelhecimento junto à criação e ocupação rápida de diversos espaços por parte da população idosa. Como exemplo, temos a criação de instituições como as Universidades da Terceira Idade, grupos de dança de salão, viagens e excursões, academias, surgindo assim, por volta da década de 1990, um novo nicho de mercado consumidor (KUWAE, 2012), dentro das possibilidades do contexto onde o idoso habita, inclusive financeira.

A aposentadoria, mesmo não sendo mais do que um salário mínimo, significou uma conquista social importante no Brasil. Atualmente, a aposentadoria tende a deixar de ser o marco de passagem da fase adulta para a velhice propriamente dita, principalmente a partir de novas políticas que visam alocar o tempo dos aposentados e criar outros estilos de vida. Nesse sentido, há uma intensa produção de demanda para o consumo de produtos destinados a essa população e a propagação da ideia de que a velhice é uma fase própria para o resgate e a realização de sonhos adiados ou não concretizados durante a existência do indivíduo, principalmente para aqueles que se consideram indivíduos da Terceira Idade, que são indivíduos, segundo Kuawe (2012) ativos, frequentadores de diferentes espaços de sociabilidade, mantendo assim uma rede de relações sociais. Participa de diversas atividades de lazer, esporte, viagens, programas culturais pela certa estabilidade financeira que possui advinda da aposentadoria, pensão e/ou outras fontes de renda, além de ter uma condição de saúde razoável.

Debert (1999) aponta que o idoso que possui algum tipo de rendimento, tornou-se cada vez mais visível na sociedade, principalmente a partir da década de 1980, ocupando espaço na mídia e ganhando uma maior atenção da indústria de consumo, lazer, turismo, tendendo a ser

visto como o que apresenta maior disponibilidade para o consumo, dependendo da renda e camada social em que se encontra.

O mercado chamado de “sênior” tem se tornado mais atrativo. Algumas empresas têm direcionado seus esforços para alcançar esse mercado consumidor, direcionando assim seus produtos para eles. Com o aumento progressivo da população idosa, a publicidade também tem se voltado para este importante segmento etário (CORREA, 2009). Até algumas décadas atrás, o que se tinha voltado para essa categoria resumia-se em remédios, asilos, assistência à saúde ou alguns poucos objetos de consumo, como o ramo do vestuário. Hoje, o mercado dispõe de uma série de produtos e serviços direcionados a essa população. Diversas empresas que representam o mercado de bens de consumo, como bancos, agências de turismo, dentre outras, passaram a visar o idoso em suas propagandas.

Na cidade grande hoje, cenário do nosso estudo, há a oferta de produtos e serviços para esta parcela da população, desde que o padrão de renda e consumo permitam. Há diversas opções de lazer, planos de saúde, embora estes sejam menos favoráveis a sua condição de pobreza e desigualdade, há ainda mais opções de medicamentos, de produtos farmacêuticos, e, portanto, talvez tenham mais opções de produtos alimentícios.

Vale ressaltar que apesar de parte dos idosos desempenharem papéis cada vez mais importantes junto a sociedade e a família, boa parte também apresenta graus de dependência e vulnerabilidade. Certamente que ao lado dessas ofertas de espaços e produtos diversificados para esta população existe ainda uma velhice segregada, onde o abandono, preconceito e desvalorização ainda recaem sobre o sujeito e esses casos são, com frequência, noticiados pela mídia. Observa-se ainda no dia-a-dia de nossa cidade, idosos esperando ônibus por mais tempo, pouca gente oferecendo lugar no transporte público para idosos ou mesmo ocupando os lugares preferenciais destinados aos mesmos e dificilmente se levantam para deixar o acento para os idosos. Isso deixa claro que o modo como a sociedade vai lidar com o envelhecimento é variado e faz parte deste universo mosaico da atualidade.

Segundo Bourdieu, dependendo dessa posição que o idoso ocupa no espaço social em que está inserido, as práticas e os gostos vão ser interiorizados e incorporados. Consumir esses produtos é uma forma de inserção do idoso no mundo globalizado, funciona como um Capital simbólico e cultural, pois o consumo destes produtos e serviços vai permitir um prestígio para o indivíduo, uma valorização do idoso detentor deste capital. Através do consumo o indivíduo cria ou confirma sua identidade, passa a pertencer a um grupo.

Este idoso que estamos pesquisando hoje foi testemunha de diversas modificações na sociedade ou mesmo teve participação ativa nelas, como urbanização, mudanças no comportamento sexual, novos modelos de casamento e arranjos familiares, mudanças nos papéis de homens e mulheres, entrada maciça das mulheres nas universidades e no mercado de trabalho (GOLDENBERG, 2011). Esse idoso aqui apresentado também passou por período de ditadura política, ausência de leis civis, período de hiperinflação, vários planos econômicos, diferentes tipos de moedas, período recessivo de expansão, isso tudo interferiu na vida do homem ativo que estava no mercado de trabalho, presenciando diversas transformações sociais. Teve uma vivência em mundos de famílias, conformações domiciliares diferentes das que se veem hoje. Para a geração idosa de hoje os valores no mercado de trabalho, por exemplo, estão muito distintos. Esse universo em que está inserido o estudo é de um sujeito que na faixa etária em que se apresenta presenciou mudanças da sociedade, sendo essas aceleradas e rápidas.

Sennett (2004) destaca que, a partir dos anos 80, o mundo do trabalho tornou-se mais acelerado, inclusive as relações interpessoais. Os valores existentes anteriormente no mercado do trabalho estão muito distintos, antes eram mais sólidos. Então, para este homem que aposenta, ou que ainda está no mercado de trabalho, ou até mesmo o se que aposenta, mas que precisa trabalhar de alguma forma há a necessidade de se adaptar a uma versatilidade a qual não está acostumado. Ainda segundo o autor, com essas transformações no capitalismo há modificações até mesmo nos laços. Com o que ele chama de “flexitempo” há um mosaico de pessoas trabalhando em horários diferentes, em lugares diferentes, mais individualizados, em um mercado altamente competitivo, então, não se estabelece laços na empresa, com amigos e até mesmo familiares.

Essas transformações relacionadas ao mercado de trabalho, ao lazer, às relações familiares, a rápida industrialização e urbanização, mudanças na estrutura econômica, geraram expressões alimentares diversificadas. A partir dos anos 80 as grandes indústrias alimentares ganham uma escala global e os alimentos se transformam em *comoditties*, passando a serem comercializados também em escala global, permitindo uma facilidade de acesso a produtos industrializados, importados, restaurantes e grandes cadeias de *fast food*, vendo assim grande parte das tarefas da cozinha doméstica ser transferidas para a indústria. Porém apresenta valores ambíguos, se por um lado apresenta o aspecto da praticidade, da facilidade, por outro, aumenta-se o consumo de alimentos industrializados.

Se para alguns idosos a alimentação reproduzia a cultural local, a partir deste momento a comida industrializada ganha força e não só nos grandes centros urbanos, nas pequenas cidades do interior essa realidade também é observada. Em pequenos negócios locais podem ser encontrados produtos produzidos por grandes indústrias. Ao mesmo tempo em que ocorre a difusão desses produtos das grandes redes de indústrias, a globalização permite também maior acesso a comidas típicas e alimentos sazonais. E é nesse contexto mosaico cultural, com múltiplas atividades, que o idoso de hoje está inserido e vivencia as consequências dessas modificações que tornam as refeições cada vez mais diversificadas de acordo com lugares, momentos e convívios (CONTRERAS, 2005; CONTRERAS; GRACIA, 2011). Nesse mesmo contexto de mundo globalizado há uma grande preocupação dietética, estética e com a saúde.

Em nosso cotidiano expressamos concepções de saúde e doença em vários momentos como quando assistimos reportagens, propagandas sobre alimentos e produtos de beleza, esportes, medicamentos e comportamentos ditos saudáveis e até quando optamos por determinado estilo de vida, inclusive nas escolhas alimentares. Ao longo do tempo e em muitos lugares a alimentação foi relacionada com saúde e doença (CONTRERAS; GRACIA, 2011). Muitas pessoas acreditam que alguns alimentos têm propriedades que promovem a saúde, sendo suficiente a ingestão deles para não contrair determinada doença ou recuperar a saúde. Além disso, os indivíduos são estimulados a exercer uma vigilância constante com o corpo e são responsabilizados pela sua própria saúde a partir da ideia de que as doenças seriam resultado dos abusos corporais, como tabagismo, má alimentação e falta de exercício físico. O excesso de cuidados com o corpo aparece então como um fenômeno da modernidade.

A saúde tem sido definida de diferentes maneiras no decorrer da história. Observa-se uma crescente importância dada ao tema saúde na sociedade contemporânea e um interesse pela discussão do conceito de saúde tanto no meio acadêmico como na sociedade. Segundo Batistella (2007) uma das explicações para este fenômeno, dentre as diversas que existem, é o desenvolvimento de tecnologias diagnósticas e terapêuticas e a divulgação quase que simultânea pelos meios de comunicação, ampliando o conhecimento da população sobre o tema.

A presente proposta não tem a intenção de buscar uma definição para saúde e alimentação saudável, mas sim considerar a subjetividade do tema, a partir da compreensão de que cada idoso pensa a saúde de uma perspectiva diferente, sendo influenciada por diversos

fatores sociais, culturais, históricos, entre outros, partindo de um conceito mais flexível e ampliado a partir de um entendimento de saúde mais holístico, uma tendência vitalista como refere Canguilhem (2011) que afirma que as concepções de saúde são individuais e vão variar de acordo com o ambiente.

Uma das definições é a da Organização Mundial de Saúde (OMS) que a define não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, porém, esta definição é amplamente questionada na literatura. Por exemplo, segundo Nery *et al* (2009) esta definição não considera que é quase impossível pensar a dinâmica diária de um indivíduo sem qualquer conflito, sofrimento ou mal-estar. Essa tensão relacionada aos conceitos de saúde é vivida pela população que é alvo de ações de saúde, pois as definições de saúde vão depender da perspectiva, dos interesses que estão colocados. Vale lembrar que vivemos em um cenário de extrema desigualdade social e com um sistema de saúde precário e insuficiente para atender as demandas da população.

O trabalho de campo ocorre com um grupo de idosos que são ainda integrantes de um programa de saúde intitulado “Programa Interdisciplinar de promoção à saúde e qualidade de vida do idoso – Grupo Renascer” desenvolvido pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, no bairro da Tijuca. Por mais que o idoso da nossa pesquisa esteja em um programa vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) ele tem consciência plena das limitações do mesmo. Não pretendemos aprofundar a discussão dessa tensão do conceito, nem a precariedade dos serviços de saúde no Brasil, mas considerar que ela existe e influencia as concepções de saúde desses idosos, porque são também alvo das mesmas, por participarem de um programa de saúde, que é o campo desta pesquisa, sendo alvos de constantes ações de saúde. A tensão relativa aos conceitos de saúde existe, mas aqui não pretendemos dar conta dela e sim utilizá-la como pano de fundo para compreender a alimentação e os elementos conceituais em relação à saúde.

Tura (2011) afirma que os profissionais de saúde e a população trocam informações e noções repletas de símbolos, valores e crenças que se enraízam na vida do sujeito, naturalizando-se, e estas informações são trocadas a todo o tempo com os idosos aqui estudados, pois estão inseridos em um programa de saúde por isso estão regidos pelas normas intervencionistas, por parte destes profissionais e também há uma influência da cultura, advindas desse processo de globalização que condiciona, que intervém, que modifica, e independente do idoso querer ou não, como ele vive em uma sociedade que é normatizada,

como afirma Foucault (2011), ele vai responder a essas regras. Criam-se então normas para gerir a velhice.

Então, como ele está dentro de um programa de promoção à saúde, naturalmente as pessoas vão querer que ele seja saudável. Se ele estiver na praça ninguém vai pedir que ele coma fruta cinco vezes ao dia, como preconizam as recomendações nutricionais, mas, se ele estiver inserido em um programa as pessoas vão querer naturalmente que eles façam uma alimentação saudável. Vale ressaltar que a alimentação saudável no contexto desta pesquisa não se refere à utilizada nas políticas de alimentação, mas sim parte-se do suposto que, assim como o conceito de saúde, a alimentação saudável também adquire uma pluralidade de significados que vão depender do contexto, passando por categorias culturais, biológicas, psicológicas e também nutricionais (KUWAE, 2012). Inclusive é nessa questão da alimentação saudável que mais nos interessa entender o universo dos idosos, analisando como é este processo do comer do idoso que está inserido no programa. Estando ele totalmente impregnado de recomendações nutricionais, ainda que ele não as cumpra, nem sequer as entenda, pretendemos compreender como ele lida com elas, se ele as aceita, se ele as reproduz.

Dentro desse universo dos programas para idosos, inclusive no que está inserido nosso estudo, o público é majoritariamente feminino. Segundo Luz (2003) há grande participação de mulheres de meia e terceira idade nessas atividades de saúde atuais para um maior cuidado com a saúde e também a recuperação da juventude, pois, a sociedade contemporânea tende a confundir a saúde com juventude, como afirma Canguilhem (2011). No Brasil, o desejo e a figura da juventude, com sua força e sua estética, fazem parte do imaginário social e da cultura. Tura & Silva (2012, p.19) destacam que, segundo a mídia, a pessoa idosa tem por obrigação ser “jovem, parecer jovem, permanecer jovial, ativa e positiva.”. No modelo social atual, as qualidades como atividade, produtividade, memória, beleza e força são características dos indivíduos jovens sendo as qualidades opostas a estas, consideradas as presentes no corpo dos idosos (MERCADANTE, 2003). De acordo com Debert (1999), nessa perspectiva a juventude perde a identidade de grupo etário específico para se transformar em um valor e algo a ser conquistado através da adoção de estilos de vida e formas de consumo.

Em busca desta juventude e do chamado envelhecimento ativo, de forma crescente e sob influência também da mídia, parte desses idosos vem buscando exercícios ligados à medicina alternativa, como *tai chi chuan*, biodança, ioga (LUZ, 2003), o que é observado em

nosso campo, que apesar dessas atividades não serem oferecidas pelo Programa, parte das idosas vão buscá-la em outros ambientes como as praças, drogarias e nas UnATIs. Realizar este tipo de atividade, para alguns dos idosos funciona como uma espécie de capital simbólico, como a ideia de Bourdieu aponta. Ali os idosos ampliam o capital social, agregam capital cultural porque entram em contato com outras pessoas, outros saberes e sem necessariamente precisar do capital financeiro, pois as atividades oferecidas não tem custo para eles.

Estas práticas de saúde também tendem a favorecer interações sociais e formação de rede de apoio, estabelecer laços afetivos, além de contribuir para a sensação de pertencimento de grupo. É importante compreender quais os valores que orientam as práticas e as concepções de saúde. O que se sabe é que questões relacionadas às condições de vida, qualidade de vida, emprego, trabalho e arranjos familiares influenciam na conceituação do que é saúde.

Embora a perspectiva da presente proposta seja sobre a intervenção, ela não tem a intenção de intervir, mas de compreender este universo onde são concebidas as ideias ou concepções sobre alimentação e saúde, podendo assim contribuir para futuras intervenções por parte dos profissionais integrantes do Programa Renascer e auxiliar também na promoção de mecanismos que evitem segregar essa parcela da sociedade considerando as particularidades da mesma.

Os serviços de saúde vão acolher esse perfil diferenciado de população, o que nos leva a refletir como será esse acolhimento, pois, sabe-se que o orçamento do Governo para a saúde é sempre muito limitado. Sabe-se também que os idosos são usuários de serviços de saúde muito mais do que os outros grupos etários, porém, segundo Veras (2003) os idosos não são uma massa homogênea em relação ao uso dos serviços de saúde. Uma parcela substancial desta utilização é referente a um subgrupo pequeno, mas que busca os serviços para tratamento de doenças crônicas que são bastante prevalentes nesta faixa etária e requer acompanhamento prolongado e retorno para diversas consultas aumentando assim o custo para o serviço de saúde, outra parcela tem buscado os serviços de prevenção e promoção da saúde.

Essa situação nos leva a refletir se os serviços de saúde vão comportar essa demanda, com as projeções de aumento populacional do número de idosos para as próximas décadas. Como serão colocadas as questões relativas à saúde dessa população e que tipo de saudável

vamos ter nas concepções deste grupo? Como será no momento em que ocorrerem essas transformações que as tendências demográficas indicam? Como será o comer desses idosos e como o universo da cultura alimentar dos centros urbanos vai atender essa demanda? Como será essa demanda? Haverá um aumento do consumo de comida industrializada? Será que a alimentação vai ser de fora de casa? Pois pela vivência no universo do estudo parece que vai ser o restaurante que vai atender ao idoso.

Sendo assim, o objeto da pesquisa é conhecer as concepções de alimentação e saúde, a partir da compreensão dos sentidos e significados atribuídos às práticas alimentares de homens com 60 anos ou mais, que moram sós, considerando só aquele que mora em domicílio unipessoal por escolha, por determinação da família ou mesmo por falta de opção. A categoria de análise foi escolhida, pois esses idosos, morando sozinhos, serão de certa forma, responsáveis pelo local de realização das refeições e algumas decisões relacionadas às mesmas; possibilitando assim formas diferentes de relação com a alimentação.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as concepções de alimentação e saúde construídas por homens idosos que moram em domicílios unipessoais, integrantes de um programa interdisciplinar de promoção à saúde do idoso.

2.2 Objetivos específicos

- Discutir valores, crenças e disposições para projetos de vida desses homens idosos;
- Interpretar sentidos e significados de comidas e de práticas de alimentação desses idosos.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Percurso metodológico

O estudo consiste em uma abordagem transdisciplinar socioantropológica. Transdisciplinar, pois procura compreender os significados e as concepções articulando elementos que passam entre diferentes disciplinas. Segundo Nicolescu (1999, p.11):

A transdisciplinaridade, como o prefixo trans indica, diz respeito àquilo que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, através das diferentes disciplinas e além de qualquer disciplina. Seu objetivo é a compreensão do mundo presente, para o qual um dos imperativos é a unidade do conhecimento.

Neste caso articulamos disciplinas do campo da saúde com as ciências humanas e sociais, possibilitando assim a compreensão da complexidade da alimentação -um ato social repleto de sentidos e significados- nas dimensões simbólicas e subjetivas, a partir de diferentes olhares. Essa perspectiva permite então perceber os elementos invisíveis das práticas de alimentação, como as crenças, os valores e as disposições que na maioria das vezes não estão presentes apenas na fala, mas também no que não é falado e no modo como as palavras são ditas. Orlandi (2012, p. 30) afirma que:

Os dizeres não são apenas mensagens a serem decodificadas. São efeitos de sentidos que são produzidos em condições determinadas e que estão de alguma forma presentes no modo como se diz, deixando vestígios que o analista de discurso tem de apreender. São pistas que ele apreende a seguir para compreender os sentidos aí produzidos, pondo em relação o dizer com sua exterioridade, suas condições de produção. Esses sentidos têm a ver com o que é dito ali mas também em outros lugares, assim como o que não é dito e com o que poderia ser dito e não foi.

Sendo assim a proposta foi construir, a partir de uma abordagem qualitativa, uma interpretação dos sentidos e significados em torno das concepções de alimentação e saúde, objeto do presente estudo, concepção essa que também é invisível, assim como os elementos da vida do sujeito que estão em torno dela, a partir da relação do dito com o não dito, sendo esse último igualmente construtor dos sentidos das palavras (ORLANDI, 2012). A abordagem qualitativa refere-se a estudos de significados, significações, ressignificações, representações,

simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias (TURATO, 2003). Optou-se pela pesquisa qualitativa, buscando trabalhar com o universo de significados, motivações, crenças, valores e atitudes, correspondentes a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994).

O foco é centralizado no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados. Pretendemos aqui então trabalhar com a vida, com as normas, com o processo, compreendendo a vida desses sujeitos idosos através de práticas, comportamentos, experiências e vivências até chegarmos às concepções e essa compreensão se dará não só a partir do relato direto desses idosos, mas também através dos elementos do discurso e da prática. O próprio Sistema de Saúde brasileiro, a partir da década de 1980 começa a ampliar o conceito de saúde passando a incorporar os relatos, as histórias de vida, memória afetiva neste conceito. A concepção de saúde sai de um enfoque puramente biomédico e incorpora valores culturais e sociais e questões da memória afetiva do sujeito.

A análise do discurso “[...] concebe a linguagem como mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social.” (ORLANDI, 2012). De acordo com MONSORES DE SÁ (2012) a análise de discurso deve partir do pressuposto que a linguagem não é transparente. Os discursos são social e historicamente inscritos, contendo nos sentidos de um discurso, além dos significados das palavras em uma estrutura sintática, os papéis sociais de cada interlocutor. Para Orlandi (2012, p. 59) “a análise de discurso não procura o ‘sentido verdadeiro’ (*grifo do autor*), mas o real sentido em sua materialidade linguística e histórica.” O discurso será então analisado a partir de uma análise interpretativa em função das práticas desses idosos.

Através do discurso podemos conhecer a prática. É a prática discursiva que aqui nos interessa. Consideramos ainda, além da fala do idoso, aquilo que não é falado, ou o não dito. Analisamos os discursos das entrevistas informais, entrevistas aprofundadas e com informantes privilegiados, todas feitas a partir de um roteiro pré-estabelecido. As entrevistas com informantes privilegiados foram feitas com a assistente social e a psicóloga coordenadora do programa que são responsáveis pela entrevista de ingresso dos idosos, tendo assim o primeiro contato com eles, a primeira impressão que o idoso traz quando chega ao Programa. O informante privilegiado pode dar maior facilidade de acesso às informações e também contribuir com informações aprofundadas.

A entrevista informal é um tipo de conversa mais livre e permite acesso a informações de difícil obtenção por meio apenas da observação direta, tais como sentimentos, pensamentos e intenções (NOGUEIRA-MARTINS; BOGUS, 2004). Foram realizadas com os idosos no decorrer da permanência no campo, durante as ações desenvolvidas no Programa, nas salas de espera das consultas, antes de iniciar alguma atividade e também, quando solicitado, em espaço reservado. Estas entrevistas foram feitas com idosos que estavam participando da pesquisa, a maior parte com os homens idosos sozinhos, mas também foram feitas com outras pessoas que circulam na vida deles, pessoas que estão envolvidas com as práticas desses idosos no campo. Mesmo algumas pessoas que possam parecer distantes desse idoso, puderam ser entrevistadas desse modo informal porque tinham uma relação percebida no campo que foi importante de compreender.

A entrevista aprofundada ou em profundidade permite informações sobre o passado, memória do sujeito, trajetória, auxiliaram, pois trabalhamos aqui com comparação de tempos diferentes. Forneceu então elementos do que foi o passado, não historicamente, nem cronologicamente, mas o que está na memória, na lembrança do campo de pesquisa, informações historicizadas no universo dos sujeitos da pesquisa.

Apesar de no momento inicial das entrevistas, principalmente com os homens idosos, não sabermos se alcançaríamos os propósitos com as respostas dos entrevistados, tentamos ao máximo estabelecer uma relação de confiança e a máxima clareza nos temas abordados. Em princípio acreditei que, sendo jovem e do sexo feminino, teria dificuldade de estabelecer essa confiança, o que não ocorreu. Acreditamos que a interação, a obtenção das respostas, e alguns temas desenvolvidos durante as entrevistas foram possibilitados pela vivência de longo prazo junto ao grupo.

Antes das entrevistas foi estabelecido um roteiro (APÊNDICE A) e definidos os tópicos de interesse a serem abordados. Como era uma entrevista aberta, o idoso entrevistado, a partir de um tema inicial, nesse caso o morar com quem- pergunta que iniciava a entrevista - teve a possibilidade de falar de forma abrangente sobre suas experiências pessoais, elementos históricos, sociais, sentimentos, expectativas, medos, tensões, entre outros. Tomamos sempre o cuidado de observar também os aspectos não verbais. Pausas, gestos, expressões, entonações, hesitações, alterações de ritmo, cuja captação é muito importante para a compreensão e a validação do que foi efetivamente dito. Nessa metodologia qualitativa o número de sujeitos que irão compor as entrevistas dificilmente pode ser determinado a priori,

dependendo, portanto da qualidade das informações obtidas, grau de recorrência (DUARTE, 2002). No presente estudo, como se pretendia trabalhar com idosos, do sexo masculino e que moravam em domicílios unipessoais, todos os idosos dentro desse perfil foram entrevistados, dando um total de 5(cinco) idosos. Todas as entrevistas transcorreram bem. Os idosos eram abordados antes de alguma atividade do Programa e era explicado a eles um pouco do estudo e em seguida perguntávamos se ele gostaria de participar e explicávamos que a recusa não traria nenhum constrangimento futuro para ele. Todos os idosos abordados aceitaram participar e antes de iniciarmos a conversa eles assinavam o termo de consentimento. Alguns pediram para ser em outro momento e então abordamos em uma outra oportunidade. Algumas entrevistas foram realizadas na sala de espera, outros idosos solicitaram um local mais reservado, sendo o consultório o local mais adequado.

Como estamos trabalhando aqui com aspectos relacionados à qualidade, precisamos assim de auxílio de um instrumental teórico, além da Análise de Discurso, que possibilite a construção desses elementos que não são quantificáveis. Portanto a estratégia metodológica adotada foi de cunho etnográfico (BARBOUR; FLICK, 2009), pois permite descrever e analisar os comportamentos humanos.

As pesquisas etnográficas possibilitam um contato mais direto com o objeto de estudo, sendo este um contato intenso a partir de uma maior convivência com o grupo estudado, resultando numa maior compreensão dos fenômenos pesquisados. Essa análise é feita a partir de uma descrição densa da cultura (GEERTZ, 1989) que desvenda significados, estabelece relações e interpreta ações através do levantamento de dados, porém esta interpretação e explicação dos fatos só terá significado dentro do contexto onde são vividos. O pesquisador deve, portanto, sempre estar atento aos eventos que ocorrem ao seu redor, ao contexto, a trama e aos sentidos que cada ato social produz.

Porém, tudo o que contribui para moldar a personalidade do pesquisador, como sexo, classe social, escolaridade, nacionalidade, entre outros aspectos, vão influenciar no objeto de pesquisa, não significando que ficará limitado a ideias fixas. Para isto deve-se ter um treinamento rigoroso na teoria a fim de saber ao certo o que observar e o que é significativo. O objetivo da pesquisa de campo foi de apreender o ponto de vista dos sujeitos em relação aos sentidos que são produzidos, no cotidiano, seu relacionamento com a vida, sua visão de seu mundo.

Além da ideia da descrição densa, Geertz (1989) contribui para o presente estudo pois vai ao encontro também da tendência relativista considerada aqui, a partir de sua ideia de que não há uma cultura fixa mas uma possibilidade de comunicação entre diversas culturas e mesmo dentro da própria cultura há um dinamismo que também está incorporado nas significações dadas à alimentação saudável. A diversidade está incorporada nas concepções e serão resignificadas em diferentes contextos e eventualmente na mesma pessoa. Para auxiliar então na percepção dessa diversidade, realizamos observação direta durante as reuniões com idosos contribuindo para compreensão e interpretação dos fenômenos socioculturais. Elaboramos ainda um diário de campo a partir da imersão na rotina do grupo estudado.

A observação direta dá ao pesquisador a oportunidade de registrar os acontecimentos em tempo real e de retratar o contexto de um evento. Tudo o que se observa deve ser registrado no diário de campo, devendo ser registrados os fatos surpreendentes, mas também os fatos típicos, a partir de uma descrição completa dos fenômenos sem procurar apenas o que é singular. Registram-se todos os fatos, pois, só depois vai descobrir a importância do mesmo, ainda que aparentemente não tenha valor.

Para Geertz (1989) toda cultura pode ser descrita com densidade, pois é composta de signos interpretáveis como as condutas, as relações, o movimento do corpo, os sorrisos, as piadas, os preconceitos, os consensos, o que é valorizado, o que é desvalorizado. E esses elementos, só serão percebidos se o pesquisador estiver atento aos detalhes. No campo do presente estudo, devido à participação de muitos anos, tomamos o cuidado de não naturalizar estes detalhes, o que pode acontecer sempre que o pesquisador lida com indivíduos próximos com os quais compartilha gostos e valores (VELHO, 1986).

Atentos aos detalhes, registramos também o espaço físico onde ocorrem as reuniões; a relação entre os participantes do estudo e os demais integrantes do grupo, assim como suas relações com a equipe de trabalho e os estudantes; as hierarquias; os conflitos; e a disposição espacial destes durante os encontros. Para auxiliar também foi feito o registro fotográfico de algumas situações como um recurso adicional.

Para subsidiar as discussões fizemos uma revisão bibliográfica com busca em base de dados bibliográfico e no IBGE e DATASUS para atualização do perfil da população idosa e comparação de resultados com outros estudos além de revisão de documento político como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Ministério da Saúde, 2008). Além

disso, o perfil dos integrantes do estudo foi traçado a partir de dados já coletados em estudos prévios junto aos idosos do programa e é descrito mais a frente.

O estudo foi desenvolvido respeitando as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução do CNS 196/1996), com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (CAAE: 03734913.4.0000.5259). Todos os idosos que concordaram em participar do estudo assinaram o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (APÊNDICE B), com linguagem clara e acessível com a finalidade de esclarecer a pesquisa e obter a autorização do participante. Para fundamentar este percurso metodológico será utilizado o Referencial teórico descrito a seguir.

3.2 Referencial teórico

De um modo relativo, entendemos a terceira idade aqui como um momento de vida do ser humano, utilizando os autores das ciências sociais para auxiliar na identificação de elementos da estrutura social. As entrevistas foram auxiliares na *Análise do Discurso*, sustentada pela fundamentação de Eni Orlandi na construção do discurso, compreendido em seu sentido ampliado de significação. Este referencial é utilizado, pois buscamos aqui compreender os sentidos e significados dados pelos idosos às práticas de alimentação dentro da realidade do campo etnográfico.

Os resultados obtidos foram trabalhados à luz do conceito de saúde de Canguilhem (2011) que afirma que a saúde não é estática, é um processo e a experiência do estar vivo inclui o adoecimento. Ter saúde é buscar constantemente o bem estar, é se reelaborar. A saúde é a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e instituir normas novas em situações novas. Estar em boa saúde é poder adoecer e se recuperar. O autor entende a saúde como referenciada à própria vida do sujeito, às condições próprias que ele tem de melhorar seu bem estar, mas quando ele se refere às condições individuais, nelas já estão embutidas as condições sociais. A perspectiva de Canguilhem foi um apoio para compreendermos a saúde, as normas e o bem estar presentes na vida do idoso. O estudo sobre o envelhecimento se debruçou sobre as condições de saúde próprias dos sujeitos do campo de pesquisa, e não buscou seguir um

padrão, salvo em situações que seja relevante uma contraposição com um padrão social para facilitar a compreensão.

Os resultados também foram trabalhados a partir das ideias de Bourdieu de capital simbólico, social e cultural. O autor afirma que as regras do mundo são as regras específicas do contexto que seguem uma estrutura social de capitalização, por exemplo, em relação a ter distinção, prestígio ou não. O autor aponta que tem uma disputa que se dá no campo, na experiência e quanto mais o indivíduo estiver capitalizado, mais ele terá condições de competir. Utilizamos também o conceito de *habitus* que se refere a um “[...] sistema de disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes.” (BOURDIEU, 2009).

Esses elementos que conferem distinção e prestígio foram relevantes na compreensão do que venha a ser uma disposição para saúde. Trabalhamos aqui então com a ideia de capitalização do idoso que assume um modo de envelhecer, um papel masculino e a própria relação com a saúde que está de acordo com o que é valorizado na nossa sociedade. Jovem, provedor, forte, viril, corajoso, ativo são alguns valores que guiam a concepção do masculino e trazem elementos a um *habitus*, que é ao mesmo tempo um sistema de classificação e um princípio gerador de prática, pois compõem um imaginário simbólico de uma forma ideal de ser homem, guiando as atitudes e também as concepções em torno da alimentação e da saúde.

A perspectiva de Foucault também apoia o presente estudo, pois sustenta que regras e normas estão disseminadas e o idoso responde a elas sem ninguém precisar falar sobre elas, inclusive em relação à alimentação e saúde. As regras são naturalizadas e incorporadas no modo de viver desses idosos que frequentam o Programa Renascer, descrito a seguir.

3.3 O Grupo Renascer

O Programa Interdisciplinar de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida do Idoso – Grupo Renascer, é uma ação de extensão cadastrada na Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Os componentes do Grupo são idosos pacientes do HUGG, seus familiares, ex-funcionários e convidados na faixa etária

acima de 60 anos, interessados em participar das atividades do programa, juntamente com acadêmicos da UNIRIO e de outras universidades parceiras, dos cursos de graduação em Teatro, Música, Enfermagem, Serviço Social, Medicina, Nutrição, Fonoaudiologia, Biblioteconomia, Informática, Fisioterapia e Psicologia.

O *Grupo Renascer* surgiu em outubro de 1995 por iniciativa de alguns profissionais técnicos administrativos do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) que observaram a necessidade de oferecer um atendimento diferenciado para os pacientes do hospital que eram idosos, tendo em vista o aumento da população nesta faixa etária e as particularidades destes. Atualmente conta com uma ampla equipe de profissionais (Médicos, Fisioterapeutas, Assistente Social) e professores das Escolas de Nutrição, Teatro, Turismo, Medicina, Enfermagem e, Instituto Biomédico; além de alunos de graduação e pós-graduação da própria Universidade e de diversas outras e profissionais externos, na sua maioria ex-alunos da UNIRIO, que iniciaram suas atividades no Programa ainda na graduação e após a formação decidiram dar continuidade aos trabalhos desenvolvidos.

Cerca de 400 idosos estão cadastrados e participam de atividades, como: fortalecimento da memória; teatro (encenação); coral; grupos de discussão sobre assuntos atuais; prevenção de quedas; passeios culturais; palestras - temas sobre saúde, cultura e inovação, entre outras ações organizadas e definidas a partir de grupos focais, com a participação dos idosos,

O objetivo geral do Programa é construir conhecimentos e metodologias voltadas para a promoção da saúde integral do idoso, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida desse segmento populacional. E tem como objetivos específicos: desenvolver pesquisas na área do envelhecimento, tendo em vista a difusão de novos conhecimentos e novas metodologias que contribuam para a formulação de políticas públicas; contribuir para a formação profissional de estudantes de graduação e pós-graduação, de docentes e técnicos administrativos da Universidade, criando oportunidades para um aprendizado do cuidar dos idosos de forma respeitosa e digna; promover a aproximação dos idosos com os alunos dos cursos de graduação e pós-graduação, propiciando a integração entre gerações, incentivando a troca de valores e sabedorias; incentivar o idoso a conquistar ou manter um estilo de vida o mais saudável possível, fortalecendo sua identidade pessoal e singular; promover a assistência à saúde integral da pessoa da terceira idade, facilitando o processo de integração familiar, com o grupo, com a comunidade universitária e a sociedade em geral e prevenir quedas de idosos

por meio do desenvolvimento de habilidades que lhes propiciem a manutenção da máxima funcionalidade possível e à conquista e preservação de sua autonomia (TUTTMAN, 2013).

O Programa tem como pressuposto a interdisciplinaridade. Tuttman (2013) aponta que o Programa é fundamentado metodologicamente no pensamento sistêmico de Morin (2004), pois permite aos idosos se conhecerem e se identificarem com outras pessoas da sua faixa etária, trocando e vivendo novas experiências, aprendem novos conhecimentos, desenvolvem a sua autonomia e independência. Caracteriza-se, também, como pesquisa-ação, de acordo com Thiollent (2003), na medida em que procura maneiras de perceber problemas e encontrar soluções, a partir dos participantes do Programa, auxiliando na construção de conhecimentos teóricos ou conceituais. A autora afirma ainda que o Programa Renascer constitui-se um espaço privilegiado para a reflexão, o debate e a crítica, resgatando o compromisso da Universidade com a cidadania do povo brasileiro.

Quanto à dinâmica de funcionamento, há reuniões semanais para o desenvolvimento das diferentes atividades oferecidas. Nas reuniões de quinta-feira, que reúne a maior parte do grupo, com cerca de 200 idosos, são realizadas ações educativas sobre temas ligados a área do envelhecimento, por meio de palestras e dinâmicas com participação dos idosos, estudantes e demais profissionais. Em apoio às atividades educativas são distribuídos folders e/ou textos/cartilha sobre os assuntos tratados nas reuniões. Os objetivos da ação educativa são a prevenção em saúde, promoção de saúde, mudança de estilo de vida e melhoria na qualidade de vida do idoso, além da complementação da formação profissional do estudante, que tem a oportunidade de vivenciar os conteúdos teóricos adquiridos na sala.

Durante o ano, são realizadas atividades, como: Oficina de Artesanato; Coral; Oficina de Teatro; Arteterapia; Oficina Literária; Grupo da Memória; Atividade Cinético Funcional para Prevenção de Quedas; Atendimento Fisioterápico; Atendimento Psicológico e Avaliação Neuropsicológica; Atendimento Nutricional; Atendimento do Serviço Social; Consulta Médica (Clínica, Homeopatia e Psiquiatria); Consulta de Enfermagem; Curso de Alfabetização para os idosos; passeios com enfoque cultural e a realização de Feira Interdisciplinar de Saúde e Envelhecimento Ativo: Prevenção e Cuidado em Saúde, realizada em outubro e aberta a comunidade interna e externa ao Hospital Universitário. O Programa conta com a integração de diferentes projetos de extensão, de pesquisa e de ensino, todos em andamento.

Figura 1: Atividade cinético funcional, 2013.



Figura 2: Oficina Culinária, 2011.



Figura 3: Reunião Geral, 2013.



Figura 4: Reunião Geral, 2013.

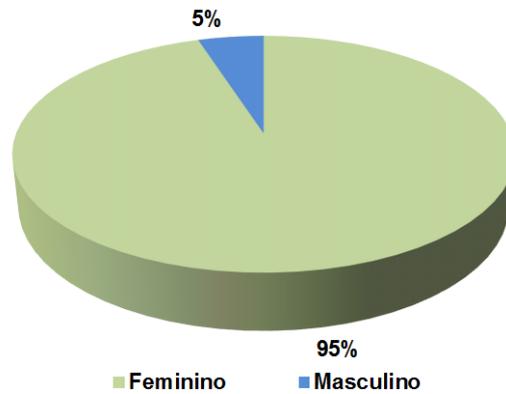


A equipe de Nutrição é composta por professores, nutricionistas egressos e alunos de graduação da Escola de Nutrição da UNIRIO, além de alunos de pós-graduação de outras instituições. No ano de 2004, surgiu o Projeto de extensão intitulado “Construção de Práticas Alimentares e Estilo de Vida Saudáveis na Terceira Idade – Prevenção e Combate às Doenças Crônicas”, que tem como objetivo promover ações diagnósticas e de educação nutricional. São realizadas junto aos idosos, atividades de sala de espera, atendimento ambulatorial individualizado e o Curso de Dietética Aplicada à Terceira Idade, além de participar das atividades interdisciplinares.

A articulação com o ensino de graduação já acontece há alguns anos dentro do Programa, estimulando, o quanto antes, o aluno a ter uma primeira experiência com atividades extramuros. As pesquisas estão também articuladas com a extensão, e são uma forma de dar subsídio a prática extensionista, assim como retro alimenta-se da mesma.

A partir dos resultados parciais de análise das entrevistas de ingresso ao grupo pode-se constatar que do total dos idosos inscritos no Programa 74% são participantes ativos, 12% desistentes, 4% óbito e 10% licenciados. Destes, 95% são mulheres, 54 % se definem como branco.

Gráfico 1 - Distribuição percentual de idosos segundo sexo.



Fonte: MALTA (2013).

A média e mediana de idade dos idosos ao entrar no grupo foi de 72 anos mostrando uma distribuição simétrica da idade. Quanto a escolaridade 44% não terminaram o ensino fundamental.

Gráfico 2 - Distribuição percentual de idosos segundo grau de instrução.

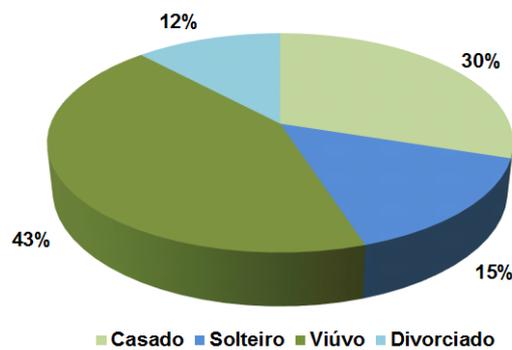


Fonte: MALTA (2013).

Apenas 10% dos idosos do Grupo Renascer tem o Ensino Superior completo, que retrata um pouco a realidade brasileira em que as classes mais baixas não tiveram acesso à educação. E isso vai refletir no valor dado ao trabalho, as relações familiares e inclusive às práticas de alimentação.

Em relação a apoio familiar, 66% relataram contar com cônjuge/filho/filha em caso de doença. Metade (50%) dos idosos participantes do grupo é responsáveis pela renda da casa. Quanto às informações de morbidade, a hipertensão foi a mais frequente (52%). A maioria (42,7%) dos idosos são viúvos e foi esse o principal motivo que os levou a procurar o grupo.

Gráfico 3 - Distribuição percentual de idosos segundo estado civil.



Fonte: MALTA (2013).

Nesta pesquisa foram selecionados idosos, com 60 anos ou mais, do sexo masculino, que vivem sozinhos, inscritos no Programa e que com participação ativa nas atividades desenvolvidas ao longo da semana. Todos devem ter feito a entrevista com a equipe do Serviço Social que será utilizada para traçar o perfil dos participantes da pesquisa descrito a seguir.

3.4 Perfil dos idosos sós

A desigualdade de renda é uma característica marcante de toda a sociedade brasileira e é encontrada, também, entre a população idosa segundo a PNAD de 1997, que aponta 40% dos idosos brasileiros tendo uma renda familiar *per capita* menor que 1 salário mínimo, apresentando a Região Nordeste os piores índices de pobreza. Aproximadamente 63% dos idosos não alcançam mais do que 1 salário mínimo de renda familiar *per capita*. Já nas regiões

Sul e Sudeste, os idosos apresentam uma distribuição de renda mais favorável, ainda assim bastante desigual.

No grupo de homens idosos entrevistados, dois em cinco declararam receber uma renda de 2 salários mínimos, dois idosos recebiam de 4 a 5 salários mínimos, todas advindas de aposentadoria. E um dos idosos declarou não possuir renda, contando com doações de vizinhos e auxílio financeiro, vestuário e alimentação da Igreja Católica. Ainda segundo o IBGE o grau de alfabetização dos idosos brasileiros é baixo. Um estudo realizado no ano de 2000, cerca de 5,1 milhões de idosos declararam-se analfabetos. Da década de 1930 até, pelo menos, a de 1950 o ensino fundamental ainda era restrito a alguns segmentos sociais específicos, tendo como reflexo o baixo saldo da escolaridade dessa população idosa. Os homens continuam sendo, proporcionalmente, mais alfabetizados do que as mulheres com 67,7% contra 62,6%, respectivamente. Uma explicação para esse fato é que até os anos de 1960 os homens, ainda, tinham mais acesso à escola do que as mulheres. Embora o quadro educacional para os idosos tenha melhorado nas últimas décadas, pois a proporção de idosos alfabetizados passou de 55,8%, em 1991, para 64,8%, em 2000, representando um crescimento de 16,1% no período, a situação deste contingente populacional continua sendo muito desfavorável e afeta a sua condição de vida e a de seus familiares.

Dos homens idosos entrevistados, dois possuíam o ensino fundamental completo, um possuía o ensino fundamental incompleto e dois completaram o ensino médio. As profissões relatadas pelos idosos foram: ourives, pintor, policial do cais do porto, vigilante e técnico em eletrônica. Quando questionados sobre a ocupação atual dois idosos consideraram a aposentadoria como uma ocupação, um relatou ser sem ocupação, outro disse só fazer cursos e um ainda encontra-se no mercado de trabalho, mesmo que informalmente. Este por sua vez foi o idoso que declarou não possuir nenhuma renda.

Quanto ao estado civil, dois idosos relataram serem viúvos e os outros três separados ou divorciados. Dois dos idosos não tinham nenhum filho e os outros três tinham de um a três filhos. Dois dos idosos tinham dois netos e os outros não os tinham. Quando perguntados sobre a referência familiar, três indicaram irmãos e dois os sobrinhos, já sobre quem cuidaria em caso de doença ou incapacidade, dois apontaram as filhas, um o irmão e outros dois os sobrinhos, chamando a atenção, pois um destes idosos que contariam com sobrinho possuía dois filhos, mas que não saberia se poderia contar com eles para possível cuidado no futuro e o idoso que relatou contar com o irmão para cuidá-lo se necessário também possuía um filho.

O que foi esclarecido mais tarde com a entrevista, pois os mesmos relataram não ter muito contato com os filhos devido a separação da esposa.

A idade variou de 65 anos a 88 anos. Em relação à cidade de origem desses idosos, 3 nasceram na cidade do Rio de Janeiro, um era nascido na Ilha de Paquetá e outro em Casimiro de Abreu, que relatou ter deixado a cidade aos 12 anos de idade e vindo para o Rio de Janeiro e viveu alguns anos em São Cristóvão, como morador de rua. Quanto ao tempo de participação no Grupo Renascer, que já possui 17 anos de existência, dois participavam apenas de um a quatro anos, um estava no grupo de 5 a 9 anos e outros dois já participavam das atividades de 10 a 14 anos.

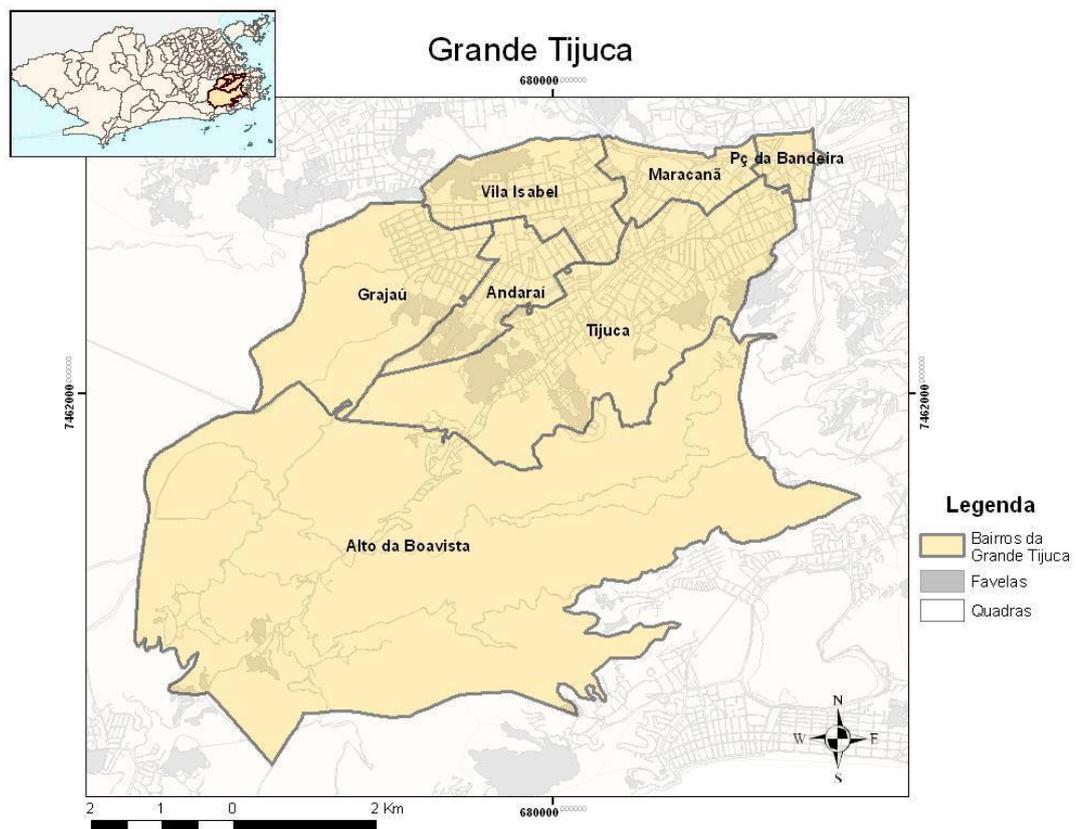
Em relação à moradia, dois deles possuíam residência própria e os outros três residiam em casas alugadas. Apenas um dos idosos morava em casa, e muitas vezes se referia à ela como barraco por ficar localizada em uma comunidade de baixa renda e possuir apenas dois cômodos, os outros residiam em apartamentos de três a quatro cômodos. Um dos idosos residia na Zona Oeste, no bairro de Paciência, dois residiam na Região central do Rio de Janeiro – Estácio e Catumbi e outros dois dos idosos residiam na Grande Tijuca, sendo os bairros de Andaraí e Vila Isabel, nas proximidades de onde é realizado o Programa.

4 A CONSTRUÇÃO DO CAMPO ETNOGRÁFICO

4.1 A Grande Tijuca

Como dito anteriormente, ser idoso no Rio de Janeiro trás sentidos particulares, outro ponto que trás peculiaridades para o grupo estudado é ser idoso morador da Grande Tijuca que vai influenciar nas formas de significar a saúde e a alimentação. Grande Tijuca é a denominação dada à junção dos seguintes bairros e sub-bairros da Zona Norte do Rio de Janeiro: Tijuca; Praça da Bandeira; Maracanã; Vila Isabel; Andaraí; Grajaú; Usina; Muda; Rio Comprido; Alto da Boa Vista e Aldeia Campista.

Figura 5 – Localização da Grande Tijuca.



Fonte: IPP, 2005.

A região possui quatro de seus bairros (Andaraí, Grajaú, Tijuca e Alto da Boa Vista) entre os 20 melhores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade, ficando atrás dos bairros da Zona Sul, Barra da Tijuca e Meier. Têm 414 mil moradores e conta com diversificado e amplo serviço de transporte, comércio, shoppings, hospitais, escolas e educandários tradicionais como CEFET, Colégio Pedro II, Instituto de Educação, Colégio Militar, CAP UERJ e também universidades dentre elas a UERJ, UNIRIO, Veiga de Almeida, Cândido Mendes, Estácio de Sá e Carioca e é onde se localiza o Estádio Jornalista Mário Filho, mais conhecido como Maracanã.

No estádio também era localizado o Restaurante Popular do Maracanã, também chamado de Restaurante Cidadão, sob responsabilidade da Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos (SEASDH). Funcionava de segunda a sexta-feira, servindo café da manhã com cerca de 500 calorias a R\$ 0,35 e o almoço, aproximadamente, 1.400 calorias a R\$ 1,00. Segundo a SEASDH, o público beneficiário dos restaurantes é formado, em sua maioria, por trabalhadores formais e informais de baixa renda, desempregados, estudantes, aposentados, moradores de rua e famílias em situação de risco de insegurança alimentar e nutricional, cuja principal refeição do dia é realizada nestes estabelecimentos. A unidade foi fechada em consequência das obras no Maracanã para a Copa de 2014, que causou modificações no lugar de realização das refeições de um dos idosos encontrados no estudo: *“quando tinha restaurante popular no Maracanã eu comia ali”*.

A Região é considerada o centro da Zona Norte, principalmente comercial, percebido na fala dos idosos: *“Gosto de morar na Tijuca. Tem de tudo né. Principalmente de mercado. Condução, tudo é pertinho... 20 minutos você tá em Copacabana. Todo domingo eu vou dar uma caminhada lá.”* Observa-se nessa fala ainda um valor dado ao local pela proximidade e facilidade de se chegar a praia, um valor para o carioca.

É um local de diversidade, pois ao mesmo tempo em que possui uma classe média-alta, possui ainda diversas comunidades como Borel, Formiga, Andaraí, Complexo do Turano, Macacos. Aldir Blanc, que além de compositor é um cronista social e morador da Tijuca, mais especificamente da Rua Garibaldi, na Muda. Ele destaca a diversidade da região apontando que uma coisa é a Tijuca da classe média, outra coisa é a do boteco, do morador da comunidade, do porteiro, do guardador de carros, da doméstica, o que ele chama de *“Tijuca profunda”* - o lumpemproletariado tijucano.

O bonde fez parte da história da região. Alguns idosos da pesquisa relatam que a Região era repleta de bondes, sendo o transporte muito usado pela população do bairro. Várias linhas faziam parte do itinerário. As pessoas costumavam apelidar os bondes com nomes de artistas aclamados na época como "Rita Pavone", "Marta Rocha" e "Wanderley Cardoso". No ano de 1965 iniciou-se a erradicação do sistema de bondes no Rio de Janeiro, o que idosos relatam ter ocorrido para a “tristeza dos tijuicanos” como visto em nosso campo, causando um saudosismo:

“Ah! 33 Praça da bandeira, 51 Matoso. Alto da boa vista eu não lembro o numero. Uma delícia. Não era do teu tempo não.”

“ Onde eu moro é a Rua Aguiar, lá passava o bonde. Até o trilhos eles tiraram para poder fazer um negócio pra água. Tiraram tudo.”

“Antigamente, se tava muito calor, dez horas da noite a gente pegava o bonde ia para o Alto da Boa Vista, fresquinho lá e ficava até meia-noite.”

“Eu levava as minhas duas filhas, fazia piquenique no alto. Ficava lá, o bonde passava, entrava junto com elas. O último bonde que existia saia da Muda lá para o Alto. Aí eles “panharam” o bonde, reformaram ele e deram o nome de Rita Pavone. Enfeitaram o bonde todo, ia até lá no Alto da Boa Vista. Tinha lá um contorno aí ele vinha, era maravilhoso.”

Não ouvimos no campo do estudo a Tijuca ser considerada um bairro belo, assim como são considerados alguns barros próximos à orla, mas o valor percebido, além da proximidade a Zona Sul e a variedade do comércio e serviços, foi o de ser um bairro tradicional, com fundamentação ética, valorizando o lado moral e familiar. A Tijuca é vista como um dos bairros mais tradicionais do Rio de Janeiro, com fama de conservador e na primeira metade do século XX se consolidou como centro de toda a Zona Norte. Origina-se de uma região de chácara, mas atualmente é um típico bairro urbano, com muitas vilas nas ruas General Roca, Carlos de Vasconcelos, José Higino e Marques de Valença.

No início do século XX os morros da região passam a ser ocupados, surgindo as primeiras favelas do bairro. Entre os anos 30 e 50 do século XX deixou de ser residência das classes mais abastadas, que foram ocupar a orla marítima e passou a ser ocupada então por uma classe média formada por funcionários públicos, militares, comerciantes e profissionais liberais, mas este passado com local de moradia de elite deixou uma marca elegante na Região A partir de 1960, com o crescimento de residências na região e a escassez de espaço

para construção de novas, houve então o crescimento vertical que foi intensificado pela abertura dos túneis Santa Bárbara e Rebouças, facilitando o acesso ao bairro e aumentando o fluxo de tráfego na região. Em 1976 foram iniciadas as obras do Metrô na localidade, que conta hoje com três estações dentro do Bairro, além da estação Maracanã e conta também com linhas de integração metrô-ônibus e a construção de uma futura nova estação de metrô na Rua Uruguai.

O Bairro foi se tornando cada vez mais urbano e global, e isto pode ser verificado também a partir da desativação dos cinemas que se localizavam próximos a Praça Saens Pena e também na Praça da Bandeira:

“Tinha uns cinemas na Praça a gente ia no Bandeira. A gente chamava ele de poeira porque era simples ali. A gente ia, as vezes deixavam a gente entrar de graça. O seu Carlos (risos), eu até me lembro o nome dele. A gente entrava. E tinha o Madri, na Hadock Lobo com a Rua do Matoso...Acabou, eu acho porque agora fizeram edifícios. Até onde tem a caixa econômica.”

Apesar da grande área urbana desenvolvida, a região possui ainda a terceira maior área verde urbana do Brasil, a Floresta da Tijuca. Um dos principais pontos do bairro é a Praça Saens Pena, que tem no seu entorno amplo comércio, serviços e linhas de ônibus, além disso, é ponto de encontro de diversos idosos. Vale ressaltar que o bairro é o segundo do Rio de Janeiro com maior população idosa. Lá existem idosos que se encontram para carteados, jogos de damas, ou simplesmente para um bate papo no fim de tarde nos diversas mesas distribuídas pela praça; mas também se encontram idosos para atividades oferecidas pela prefeitura e drogarias da região como ginástica, *tai chi chuan*, *yoga* e possui também as Academias da Terceira Idade.

Figura 6 – Grupo de homens idosos jogando, Praça Afonso Pena.



Lá também tem atividades para as crianças, portanto também há idosos que levam netos para passear e que relatam que antes levavam os filhos nos finais de tarde para agradáveis, mansos e serenos passeios. E relatam que hoje já não é possível pela sensação de insegurança provocada pela violência no Bairro, resultado das transformações pelas quais a região passou e da grande quantidade de comunidades que há na região, embora algumas já contem com a presença das Unidades de Polícia Pacificadora (UPP):

“A Tijuca mudou muito, antigamente era mais tranquilo de você morar. A gente podia assistir carnaval. O carnaval passava ali, o Bafo da Onça, a gente sentava no portão pra ver. Hoje não pode. A vila hoje tem portão, antes não tinha. Ninguém mais senta, a casa tem que ficar fechada.”

“Ah era tão bom, não tinha tanta violência quanto hoje. No carnaval você saía de bonde, era lança perfume, era todo mundo de chapéu. Passava o bonde assim um “panhava” o chapéu do outro. De brincadeira né. Vai fazer isso hoje.”

Além dos muitos clubes portugueses da localidade, possui uma grande comunidade judaica, sendo comum encontrar nas ruas vários judeus ortodoxos e ao mesmo tempo abriga escolas de samba tradicionais do carnaval carioca, sendo famosos também pela presença de inúmeros poetas e compositores que nasceram ou foram criados na região como Noel Rosa, Tom Jobim, Milton Nascimento, Erasmo Carlos, Gonzaguinha, Tim Maia, Lamartine Babo. Há também, na região, clubes tradicionais como o América, Monte Sinai, Tijuca tênis clube, Clube Municipal, que hoje oferecem também atividades para o público da terceira idade como bailes, atividades esportivas, saraus, espetáculos. O samba nasceu do lado da Tijuca, na Praça XI e no morro do São Carlos. A Estação Primeira de Mangueira é da região, assim como as

Escolas de Samba Unidos da Tijuca, Vila Isabel, Salgueiro, todas campeãs recentemente do carnaval carioca. Sendo este grande centro do samba e da música o carnaval é muito presente nas histórias desses idosos:

“Antigamente o carnaval só tinha brincadeira, hoje em dia é só briga...a gente ia para o América brincar.”

“Eu fui sócio do América um bocado de anos aí. Meus amigos vinham para pular o carnaval aí então eu entrava e passava a carteira pra eles entrarem. Até que um dia me pegaram e me chamaram na diretoria. E eu era sócio proprietário, eles tavam vendendo o título e eu comprei. Ai não deixaram mais eu frequentar o América. Ai eu larguei pra lá e frequentei o Montanha que era um clube também que dava muita festa de carnaval. Eu gostava muito de carnaval. Eu graças à Deus, se amanhã Deus me levar lá pra cima, eu me diverti bastante.”

O que se observa é que o carnaval é muito destacado, mas esse destaque se dá ao carnaval dos bailes, dos clubes e dos grandes blocos da região, porém, os idosos não falam sobre as escolas de samba em si. O que nos leva a refletir se seria porque a Tijuca é um bairro tradicional, familiar e conservador e as Escolas de samba serem algo considerado mais popular. Os residente da região, mesmos os que não tenham nascido lá, se denominam “tjucanos”. *“Não nasci na tijuca, é verdade! Porém me considero tjucano de coração pois aqui resido há mais de 36 anos com muito amor e carinho”* sendo o bairro carioca mais identificado pelo seu gentílico.

O bairro apresenta a maior população idosa do Rio de Janeiro, vindo atrás somente de Copacabana (IBGE, 2002). Além disso, na Grande Tijuca estão localizadas três universidades que oferecem grupos de atividades para idosos: a Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), criada em 1993; o Programa Interdisciplinar de promoção à saúde e qualidade de vida do idoso, Grupo Renascer, campo do presente estudo, desenvolvido na Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO), criado em 1995 e mais recentemente em 2010 a UnATI da Universidade Veiga Almeida. O que se observou no campo é que boa parte dos idosos participantes do Grupo Renascer, circulam também nos outros grupos e também nas atividades oferecidas nas praças da região.

As diversas praças da localidade, também oferecem uma gama de atividades voltada para o público da terceira idade. O projeto Academia da Terceira Idade (ATI), por exemplo,

foi criado pela Secretaria de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida (SESQV), em 2009, primeiramente possuía uma unidade no Bairro de Copacabana, na Zona Sul do Rio de Janeiro, que como dito anteriormente, possui a maior população idosa da cidade. As ATIs hoje são mais de 100 e estão distribuídas em vários bairros da cidade. A região da Grande Tijuca possui diversas ATIs e algumas são listadas abaixo:

- Vila Isabel: Praça Barão de Drumond; Conjunto Tijolinho - Rua Barão de Mesquita
- Tijuca: Praça Saens Peña; Praça Comandante Xavier de Brito; Praça Afonso Pena
- Grajaú: Praça Edmundo Rego; Parque Recanto do Trovador

Figura 7: ATI, Praça Afonso Pena.



Figura 8: Grupo de atividade física organizado por uma drogaria, Praça Afonso Pena.



E na própria UERJ há também uma ATI. Portanto é comum, ao caminhar pela região encontramos um grande número de idosos realizando atividades. Porém nas mesmas praças é comum encontrar, ao caminhar pela manhã ou no fim da tarde, alguns idosos acompanhados

de enfermeiros ou cuidadores que são levados ali para tomar banho de sol, idosos esses mais debilitados, com alto grau de dependência e muitas vezes já com algum estágio de perda cognitiva evidenciando assim a heterogeneidade da população idosa da Grande Tijuca, inclusive quanto à denominação.

4.2 **Velho é trapo, eu sou idoso**

A sociedade, inclusive o próprio indivíduo idoso, tende a criar representações e práticas diferentes em relação à velhice e o envelhecimento que apresentam variações nos distintos grupos sociais, que é compartilhada através de práticas, crenças e valores (HECK; LANGDON, 2002). Delimitar a velhice através de conceituações não é algo fácil, pois requer um conhecimento amplo de como os idosos estão inseridos no processo de construção social. Para uma tentativa de definição da velhice é importante a contribuição de várias áreas de conhecimento que considerem as diferenças socioculturais em que os idosos vivem, desnaturalizando o fenômeno da velhice (JARDIM et al, 2006).

É importante compreender que a velhice não é uma concepção absoluta, na medida em que o significado das mudanças decorrentes do envelhecimento é singular, passando pela interpretação de cada pessoa (FREITAS, QUEIROZ; SOUSA, 2010). Debert (2006) afirma que existem várias formas de conceber o envelhecimento. A posição do idoso na família, na comunidade e o tratamento que lhe é dispensado têm significados particulares em cada sociedade; nos diferentes contextos históricos, sociais e culturais e segundo grupos de uma mesma sociedade (MINAYO; COIMBRA JR., 2002).

Na presente proposta, compreende-se a velhice como uma categoria social e culturalmente construída, considerando que o processo de envelhecer se dá de forma diferente para cada indivíduo (BEAUVOIR, 1990; DEBERT, 2006). O envelhecimento é um processo natural e gradual, faz parte do ciclo de vida biológico dos seres vivos, porém, a velhice possui um caráter social, pois é vivida de acordo com valores, costumes e culturas de cada sociedade.

Os significados dados à velhice e as concepções em relação ao envelhecer de cada idoso, estão fundamentados nas relações dinâmicas com os valores atribuídos pela sociedade ao envelhecimento (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA 2010). A velhice, em termos culturais, é

percebida de forma diferente nas distintas localidades e épocas, assim como não há uma terminologia globalmente estabelecida para se referir a pessoas nesta faixa etária.

A cada dia surgem mais termos para se dirigir as pessoas acima de 60 anos como boa idade, idade madura, idade de ouro, melhor idade, terceira idade. Este último é uma expressão contemporânea usada para redefinir o papel social do idoso, referindo-se a uma nova construção social que se impõem entre a idade adulta e a velhice e é acompanhada de um conjunto de práticas, instituições e agentes especializados, encarregados de definir e atender as necessidades dessa população. É uma imagem mais positiva do que velhice, que é uma denominação considerada mais estigmatizada, depreciativa (MERCADANTE, 2003).

Guita Debert (1999) discute a relação entre a velhice e a terceira idade e com o processo que ela chama de “reprivatização da velhice”. O indivíduo da terceira idade compra vários serviços, principalmente de saúde, para se manter cada vez mais ativo e se sentir incluído na sociedade. A partir do surgimento da terceira idade, aqueles idosos que não conseguem ou mesmo que não queiram ter esta velhice ativa e autônoma, são representados como dependentes e que tem um estilo de vida inadequado e se identificariam como velhos.

Já em relação à designação idoso, a literatura aponta que esta surgiu quando velho passa a não ser considerada a forma mais adequada para nomear os indivíduos nesta faixa etária, principalmente se adotam um novo estilo de vida mais ativo sendo esta denominação mais respeitosa, menos estereotipada, e utilizada até nos documentos oficiais (SILVA, 2008). É importante ressaltar que a escolha da terminologia idoso no contexto da nossa investigação surgiu a partir do acompanhamento de uma linha de trabalho que está sendo desenvolvida em nosso núcleo de pesquisa e por ser a nomenclatura utilizada na própria denominação do Programa.

Vale lembrar que o termo terceira idade surgiu em uma realidade diferente do cenário do envelhecimento brasileiro e estaria sendo utilizado para tornar homogêneo como categoria social, um grupo com diferentes experiências relativas ao envelhecimento, em realidades diversas (SILVA, 2008). De acordo com Peixoto (2006) a introdução desta noção de terceira idade é uma importação das denominações utilizadas nas políticas públicas francesas, onde o termo velho foi gradativamente substituído por idoso, no entanto, o autor afirma que as ambiguidades de nossa realidade fizeram com que se mantenham tanto o termo velho, sendo comumente utilizado para designar pessoas velhas de classes populares, quanto idoso, mais respeitoso e utilizado para se referir àqueles de camadas médias e superiores. Para que haja o

estabelecimento de categorias etárias como essas, é necessário que adquiram legitimidade, se solidifiquem e disseminem no imaginário cultural, de modo a tornar-se referência para um grande número de sujeitos. São esses processos pelos quais parecem ter passado a velhice e a terceira idade (SILVA, 2008).

Ao longo do tempo, a sociedade construiu alguns estigmas sobre a velhice como dizer que o velho não aprende, é improdutivo, que a velhice é um tempo de perdas, porém essas características não são exclusivas da pessoa desta faixa etária. Podem haver adultos improdutivos, como é o caso do desempregado e também há idosos que continuam no mercado de trabalho ou exercem diversas atividades como o cuidado dos netos, ir ao banco pagar as contas para a família aproveitando o direito ao atendimento preferencial. Por isso temos que considerar que os idosos não constituem um grupo homogêneo (MEDEIROS, 2003). O lugar atribuído para cada faixa etária e também diferentes sexos, depende de cada coletividade e a existência dos chamados lugares sociais reveste-se de valores e juízos morais que são constantemente mutáveis e renovados. É neste contexto que devemos compreender o idoso.

O mundo moderno tende a dividir as pessoas em grades de idades, mas essas grades são elaboradas de formas específicas em cada cultura. As categorias de idade são construções históricas e sociais. Alguns autores como Silva (2008) apontam que, as categorias etárias, se apresentaram na época moderna com o processo de ordenamento das sociedades ocidentais, não havendo antes a separação ou especializações de funções ou espaços para cada idade. Segundo o autor este estabelecimento das categorias etárias deu-se ao longo do século XIX, tanto a partir de um amplo processo histórico, como de uma tendência de segregação das idades na família e no espaço social.

Para Almeida (2003), foi no contexto das sociedades modernas que infância, adolescência e velhice foram alçadas como etapas singulares da vida e tem relação com as configurações entre trabalho e capital, sob o modo capitalista de produção. Então, a padronização da infância, da adolescência, da idade adulta e da velhice pode ser entendida, sobretudo como respostas às mudanças estruturais na economia como a transição de uma economia que tinha como base a unidade doméstica para uma economia baseada em mercado de trabalho. Silva (2008) ressalta ainda que dois fatores podem ter sido determinantes e fundamentais para o surgimento da velhice como categoria etária: os investimentos do discurso médico sobre o corpo envelhecido e a institucionalização da aposentadoria.

Afirmar, porém, que as categorias de idade são construções culturais e que mudam no tempo e no espaço não significa dizer que elas não tenham efetividade. Elas estão presentes no imaginário social, naturalizadas como se sempre tivessem existido, porém, os significados atribuídos vão variar de acordo com o tempo e o espaço. Torna-se importante rever então valores e conceitos que estão em torno da pessoa idosa, pois dados demográficos chamam a atenção para a questão de que as pessoas viverão o maior período de sua vida como idosos e não como crianças, jovens e adultos, pois idoso compreende uma faixa de aproximadamente 30 anos (LEMOS, 2003).

O contexto da pesquisa é deste tipo de idoso inserido em um programa de saúde que visa o chamado “envelhecimento ativo” mantendo o idoso em constante atividade através de passeios, oficinas, palestras, cursos, festas, atividades científicas e tende ainda a manter o idoso em contato com pessoas da mesma idade (VELOZ, 1999). Essa tem sido uma imposição da sociedade atual, em que o idoso para pertencer ao grupo precisa ser jovial, com roupas da moda e em constante atividade.

Essas características do campo etnográfico relacionadas à localização, a heterogeneidade das formas de se referir a pessoa idosa, juntamente com os comportamentos esperados; as novas conformações domiciliares e o papel do idosos frente ao domicílio, vão gerar consequências que vão influenciar inclusive nas expressões alimentares desses idosos. Essas características serão apresentadas nos capítulos a seguir.

5 RESPONSÁVEL POR DOMICILIO: UMA CLASSIFICAÇÃO QUE CAPITALIZA

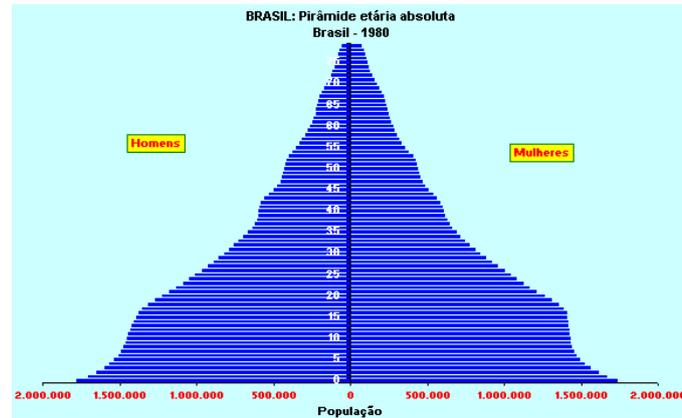
A população idosa está ocupando um grande espaço na pirâmide populacional, porém, diferentemente da Europa e dos Estados Unidos onde essa população é de classe média e alta, no Brasil, boa parte do contingente populacional acima de 60 anos, encontra-se em classes econômicas baixas e habita os grandes centros urbanos e possui diferentes perfis, diferentes tipos de idosos.

Assim como diferenças na comparação com outros países, há também diferenças na trajetória dentro do Brasil. O Censo 2000 verificou que 62,4% dos idosos eram responsáveis pelos domicílios brasileiros, demonstrando um percentual que, em um momento anterior não parecia relevante. O conceito de responsável pelo domicílio, utilizado pelo IBGE no Censo Demográfico 2000, está baseado na indicação, pelos moradores do domicílio, daquela pessoa considerada como referência do domicílio (ou da família).

Os domicílios unipessoais, isto é, aqueles com apenas um morador, representavam no mesmo ano, 17,9% do total e 33,1% desses domicílios unipessoais eram de homens idosos, sendo a Tijuca, região onde desenvolver este estudo, o segundo bairro do Rio de Janeiro com maior população idosa e também com o segundo maior número de idosos responsáveis por domicílios (IBGE, 2002; PAPALÉO NETTO, 2005). Ser responsável pelo domicílio para o idoso do presente estudo, tem um papel de relevância, representa uma função social diferenciada, pois ele tanto fica numa posição privilegiada em termos de renda dentro da camada social e do núcleo familiar, por mais que essa seja baixa; como também uma diminuição do mal estar advindo da aposentadoria por ainda manter a posição de provedor, ou pode sair com netos e amigos.

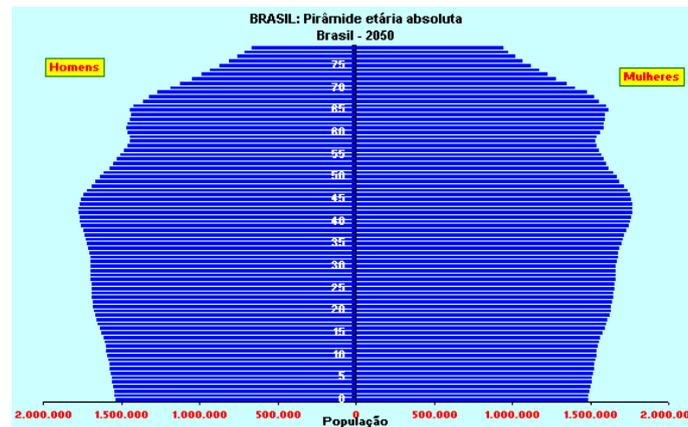
Acompanhado da diminuição das taxas de natalidade, esse envelhecimento populacional observado contribuiu para alterar o perfil da estrutura e da dinâmica populacional de diversos países, dando a pirâmide populacional novos contornos, com estreitamento da base e ampliação da extremidade superior, conforme podemos verificar no gráfico abaixo (ALMEIDA, 2003).

Gráfico 4: BRASIL: Pirâmide Etária Absoluta, 1980.



FONTE: IBGE, 2010.

Gráfico 5: BRASIL: Pirâmide Etária Absoluta, 2050.

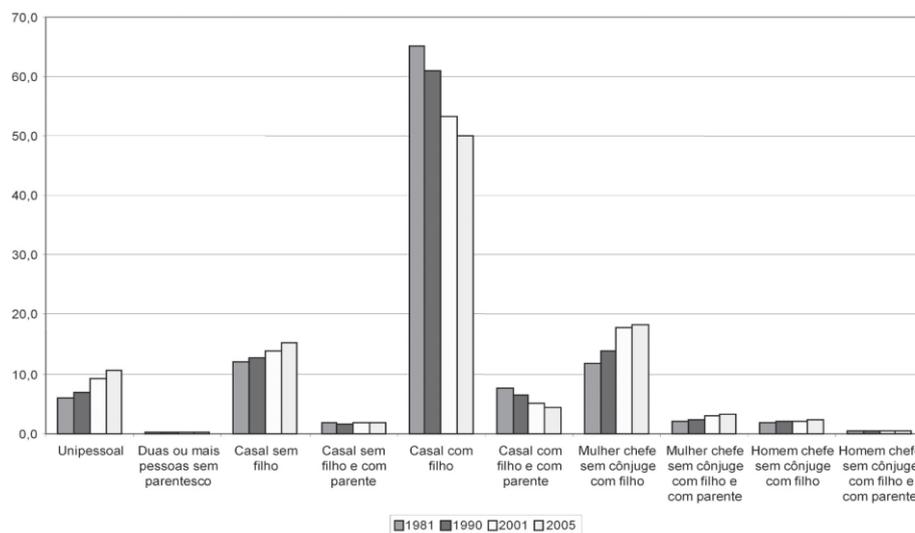


Fonte: IBGE, 2010

Segundo projeções para 2025 esta população com idade igual ou superior a 60 pode chegar a representar quase 13% da população (IBGE, 2002) e esses idosos que estarão ocupando um grande espaço na pirâmide populacional vão ter que estar se transformando a todo o tempo, transformando seus hábitos, seus comportamentos, seus modos de entender e viver a vida, na mesma velocidade em que as cidades grandes se transformam. Isto certamente implicará em alterações na sociedade, especialmente na área da saúde, na previdência social, nos equipamentos urbanos e no mercado de trabalho e afetará a vida de cada cidadão, tanto na perspectiva individual, como familiar e até na composição dos domicílios (VERAS; BERZINS, 2003; JARDIM, 2007).

Além da redução do tamanho das famílias, a própria composição das famílias foi modificada nas duas últimas décadas, seguindo o padrão verificado para os países desenvolvidos. Como mostra o gráfico 6, as estruturas familiares que estão em ascensão no Brasil são as estruturas menores, monoparentais com ou sem a presença de outros parentes. Segundo o IBGE, família consiste em um conjunto de pessoas que podem estar ligadas por “[...] laços de parentesco, dependência doméstica¹ ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar”.

Gráfico 6: Composição das famílias brasileiras.

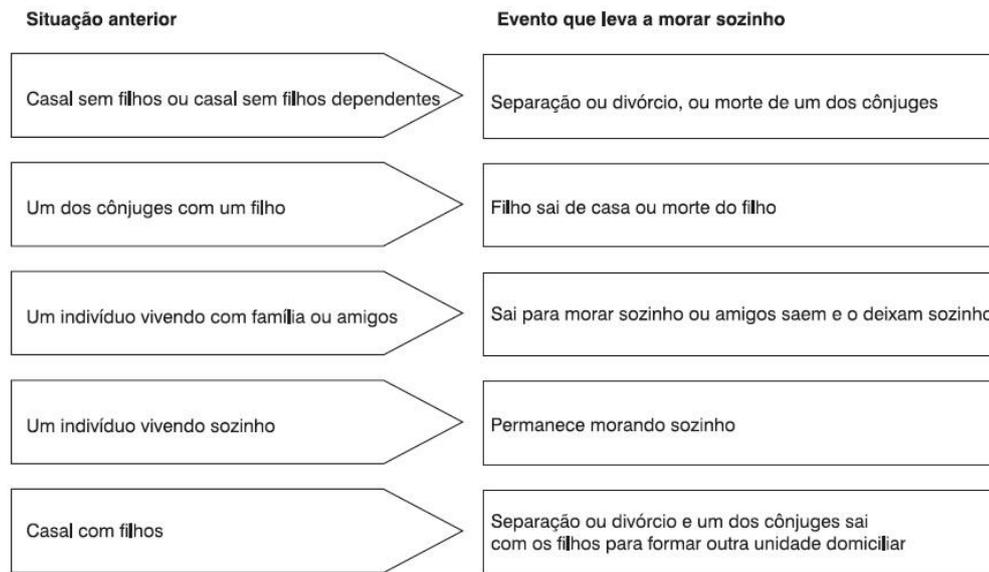


FONTE: SORJ, FONTES & MACHADO, 2007.

A Figura 9 apresenta resultados que indicam eventos supostamente motivadores que podem resultar na formação de domicílios unipessoais, considerando-se a fecundidade, a mortalidade, o casamento e os tipos de relações sociais de convivência.

¹ Entende-se por dependência doméstica a relação estabelecida entre a pessoa de referência e os empregados domésticos e agregados da família, e por normas de convivência as regras estabelecidas para o convívio de pessoas que moram juntas, sem estarem ligadas por laços de parentesco ou dependência doméstica.

Figura 9 - Situações que podem levar à formação de domicílios unipessoais.



FONTE: CAMARGO, RODRIGUES & MACHADO, 2011

A tendência à formação de domicílios unipessoais apresentada no estudo acima podem ser por aumento da renda real do indivíduo, permitindo arcar com os custos envolvidos na decisão de morar sozinho; inexistência de uma rede de parentesco; redução da privacidade em domicílios mais populosos; e redução da dependência do indivíduo em relação aos outros.

O Rio de Janeiro é a segunda capital em maior proporção de idosos com domicílios unipessoais. Porém, o fato do idoso morar sozinho não deve ser encarado exclusivamente como sinônimo de solidão e abandono. De acordo com Debert (1999) melhorias nas condições de saúde, avanços nos meios de comunicação, transporte, entre outros, podem estar sugerindo que, morar só, para esses idosos, não represente descaso, solidão ou abandono, mas sim uma nova forma bem-sucedida de envelhecimento. Pode estar refletindo em preferência e não em negligência, uma escolha dos próprios idosos de morar só. E serão idosos que vivem sozinhos que serão aqui abordados. Os sentidos do morar só apresentaram-se de forma diversa no grupo estudado:

“ Viver sozinho é um problema muito sério porque você tem que fazer tudo, e qualquer problema você não pode dizer vou falar com fulano. Não, você tem que resolver tudo. Tudo é seu. Fez tem que resolver. Não tem ninguém pra dá cobertura. Deus e eu.”

Para este idoso morar só apresenta um aspecto negativo, pois não pode contar com a ajuda de ninguém para resolver os problemas. Em outra fala o morar só aparece como uma

preferência, pela liberdade que proporciona ao idoso que está passando um tempo na casa da filha:

“Ela me chamou pra ficar um tempo porque eu to inscrito no Minha casa, Minha vida. Assim que sair, eu não quero nem saber onde vai ser, eu vou. Eu gosto é de liberdade e de viver sozinho.”

Essa fala representa ainda a diversidade do morar só encontrada no campo de estudo onde este idoso relata morar só, mas está de forma passageira, passando um tempo com a filha. Outra fala retrata o idoso que mora só, mas que tem uma namorada que o visita algumas vezes. A diversidade das conformações domiciliares, características do mundo moderno também estão presente nos domicílios dos idosos.

“Eu moro sozinho, mas eu tenho uma ficante. Ela fica mais com os patrões do que vai lá, passa lá correndo só às vezes pra falar comigo. Eu falo pra ela: quando não tiver nada pra fazer lá você vem. Não vou fugir daqui não.”

Morar só representa ainda nesta fala certa liberdade de poder receber a namorada, o que nos pareceu ser também a vontade do idoso abaixo, a liberdade que ele diz que só será possível quando ele voltar a viver sozinho, já que relata possuir também namorada:

“Eu gosto é de liberdade e de viver sozinho.”

Há ainda o caso do idoso que possui sua própria residência onde passa parte da semana e nos outros dias fica na casa da companheira, neste caso ele que dá a liberdade à companheira para ela poder receber os familiares, já que ele não mantém boa relação com os mesmos:

“Eu tenho meu cantinho aqui no Estácio e tenho uma companheira. Passo uns dias lá com ela e de quinta até domingo eu fico aqui sozinho, pra ela receber lá os filhos dela.”

A questão da má relação com os parentes foi destacada também por outro idoso que só visita a filha quando o genro não está em casa. As falas representam bem a diversidade dos arranjos familiares, característicos da sociedade moderna, bem como os vínculos e relações sociais e familiares estabelecidas.

5.1 As relações sociais, os vínculos e a comensalidade

A respeito das relações sociais dos idosos, Norbert Elias (2001) aponta que as pessoas estão envelhecendo e vivendo mais anos, porém em uma sociedade em que se valoriza a juventude, onde os “não-velhos” se acha longe da morte e tende a se distanciar ou não se aproximar das pessoas idosas que “naturalmente” estão mais próximas da morte, havendo assim uma solidão que não é relativa à ausência de companhia, mas a ausência de valor, alguns consideram que não há mais trocas a serem feitas. Esta é uma questão cultural de exclusão e de conflito geracional que por vezes acontecem. Para poderem ser ouvidos precisam desempenhar um papel que não é deles como o de jovens.

O autor ressalta haver uma dificuldade da experiência social e da subjetividade da modernidade de assumir características que o envelhecimento, em alguns casos, trás consigo como a fragilidade e a dependência. A simples ideia de fragilidade da pessoa idosa é muitas vezes suficiente para afastá-la: “Muitas pessoas morrem gradualmente; adoecem, envelhecem (ELIAS, 2001 p. 8)”. Desta forma, segundo destaca Agra do Ó (2008) estes aspectos devem ser evitados, com uso de tecnologias que permitem prolongar um estado de saúde ideal, o jovem e está ligada a falta de compreensão dos “não velhos” sobre o envelhecimento e “a atribuição da normalidade à vida anterior a velhice” (AGRA DO Ó, 2008, P.393). Segundo Elias as mudanças ocorridas nas pessoas quando envelhecem são consideradas como um desvio da norma social. O autor afirma ainda entender como é difícil para os mais jovens se identificarem com os mais velhos ou compreender a situação de alguns idosos de mais dependentes do outro. E destaca que a forma que o sujeito vive a velhice é, em grande parte decorrente de sua experiência passada, como sua inserção social.

Segundo Kuawe (2012) a partir da incompreensão de que o envelhecimento tem outra normatividade na nossa sociedade, pode ser considerado uma ‘morte social’, pela perda de status que representa para alguns. E uma das formas para a valorização seria a proposição de uma forma de envelhecer alinhada com valores modernos, que seria o caso dos idosos participantes de diversas atividades oferecidas para a chamada terceira idade; desenvolvendo atividades que seriam consideradas dos “não-velhos” como frequentar shopping center, *fast food*, saindo assim do isolamento provocado pelo individualismo da sociedade moderna, o que foi observado no campo de estudo. A região da Grande Tijuca possui uma diversidade de

Shopping Center, centros comerciais e restaurantes e um simples passeio pela região nos permite verificar um elevado número de idosos frequentando, regularmente, esses ambientes principalmente em grupos. Os idosos do Grupo Renascer são também frequentadores destes tipos de espaços e relatam sair para comer pizza com um grupo de amigos, tomar cerveja.

Outras características observadas que tendem a fazer essa aproximação com o universo dos não-velhos seriam os modos de vestir observados nos encontros do grupo como uso de tênis, bermudas, bonés, como uma forma de resgate da jovialidade. E alguns termos utilizados pelos idosos do campo de estudo que são mais comumente ouvidos entre os mais jovens como: “ficante”, “azulzinho” (para se referir aos medicamentos utilizados para a disfunção erétil).

Ainda segundo Elias, o processo de envelhecimento produz uma mudança na posição da pessoa dentro da sociedade inclusive nas relações com os outros. Apesar da moradia do idoso do presente não ter nenhum familiar, acompanhante ou cuidador pode-se observar a relação deles com as pessoas próximas, como familiar, cuidador, amigo, companheira ou vizinho. Pelas relações sociais o sujeito aprende formas de comunicação, regras de convívio, adquire conhecimento sobre si e o mundo. A comensalidade é uma forma de convívio social, pois não é apenas uma forma de compartilhar a comida como também compartilhar um tempo juntos, implicando em modos de dividir a comida que seguem regras de distinção e prestígio, modos de reforçar laços e afetividades, momentos de conflito e atrito.

Observamos que nas grandes festas como Natal, em que as famílias tendem a ser reunir, alguns idosos vão para a casa de parentes:

“Minha sobrinha mora em São Paulo, então todo natal ela manda a passagem de avião, num deixa eu passar o natal aqui, tenho que passar com ela e há anos isso. eu sigo assim um ritmo de vida né. isso é muito bom entendeu? (pausa) Eu não sinto falta de nada, graças a Deus.”

Outro relata ficar só devido ao conflito que tem com os filhos da companheira:

“Eles fumam muito e bebem muito então eu não fico em casa. Eu vou pra lá na véspera de natal e ano bom [...]Eu vou pra lá no dia 23 e só volto depois do dia 25. Assisto a minha missa, vou pra casa, durmo, fico lá e volto no dia 25. Ano bom é mesma coisa. vou na véspera e só volto depois do dia primeiro[...]Fico lá eu e Deus. Fico feliz. Vejo meus filmes. Eu gosto muito de televisão[...]Eu não faço ceia. Não como nada. Faço um lanchinho, tomo um copinho de vinho. Pronto. Depois vejo televisão, vejo a missa e vou dormir”.

Essa possibilidade de evitar um conflito ou de escolher vivenciar esse conflito, provavelmente será a mesma que o idoso terá em relação às práticas de alimentação. Ele não vai comer o que não gosta. No presente estudo estamos entendendo a saúde como um bem estar, portanto para esse idoso a alimentação considerada saudável é aquela que não é realizada ao lado de pessoas que causam algum desconforto, fumam e bebem, por exemplo. É ter a liberdade de escolher o que vai comer, com quem, onde, podendo ser em casa, no restaurante ou em qualquer outro lugar dentro das diversas opções que ele tem na vida moderna da cidade, inclusive ali na Região da Grande Tijuca, que como apontado anteriormente possui uma diversidade de restaurantes, mercados, cafés, bares e lanchonetes. Sendo para ele uma possibilidade de estar bem e ser saudável, estar nesse momento em que pode escolher.

Outra questão observada no campo foi relativa à bebida alcoólica que está relacionada ao convívio social ou a estrutura familiar, inclusive a perda dos mesmos. Tanto em relação ao alcoolismo quanto a “cervejinha”. Esse idoso relata que após perder a estrutura familiar, nesse caso quando ele saiu de casa deixando a esposa e o filho, entrou para o alcoolismo:

“Eu digo para todo mundo que eu converso desse assunto que não existe coisa pior no mundo. Eu acredito que não é só para o homem, acredito que é para a mulher também – a separação. Porque se você não tiver uma estrutura, tua, particular tua, não é do casamento não, estrutura tua. Você não se ajeita não. Eu conheço muitos que não aguentaram se suicidaram, outros entraram pra cachaça e não saíram, outros entraram pra besteira e continuam ai até morrer. Ta entendendo como é que é? Então a separação é a pior coisa, pra mim. Se não tiver uma boa estrutura. (Pausa) Eu vou contar um negócio, se não é a igreja católica, eu sinceramente tinha dado com os burros n’água, cavalo, bezerro.”

Para o homem o lugar do bar é um lugar de convívio do masculino. Principalmente para quem tomou cerveja a vida inteira. As relações de amizade estão estabelecidas em torno da cerveja. Na verdade, a bebida é secundária, o que é valorizado é o ritual social, fazer parte de um grupo, ter amigos, conversar, interagir: *“Eu às vezes bebo uma cervejinha. Não bebo uma latinha de cerveja sozinho, não bebo, nunca. Na minha geladeira não tem cerveja. Agora se eu tiver com minha turminha, aí eu bebo...”* Já o beber só pode significar o oposto como ausência de amigos, a dependência, a bebida deixa de ser um meio e passa a ser um vício. O beber socialmente é algo bem visto e valorizado na nossa sociedade, mas o beber solitário mostra uma tendência à decadência e dependência.

Poder estar no bar e tomar uma cerveja para o idoso que está aposentado é manter uma rede de amizade, uma atividade. Porém, vale lembrar que estamos falando de um programa de saúde e a bebida alcoólica é condenada, porém aqui também não estamos favorecendo o uso da mesma, mas apontando que dentro desse universo, dentro das concepções de Canguilhem que são relativas ao sujeito, à sua própria escolha, história e contexto, tomar uma cerveja pode ser a concepção desse idoso de alimentação saudável. Nesse universo do estudo esse elemento não pode ser desconsiderado, pois, dizer para esse idoso, nesse contexto, não beber uma cerveja ou não ir a um bar pode significar uma diminuição das possibilidades de bem estar, de viver. Poder ir a um bar beber cerveja com os amigos é um valor, capitaliza o idoso como saudável e até mesmo como homem: *“E uma cervejinha (RISOS) que você não pode deixar de tomar.”*

Ainda em torno da relação social e a questão masculina certa tendência mostra que homens e mulheres tendem a se vincular de modos diferentes, sendo os homens mais dependentes da esposa, pois ela que faria a ligação do homem com a família e os amigos. Pode-se observar no campo que os idosos que tinham filhos e ficaram viúvos mantiveram melhor relação com seus filhos, fazendo visitas periodicamente, do que aqueles que tiveram filhos e se divorciaram, que mantinham apenas contato telefônico, esporadicamente. Podemos observar melhor a partir das falas de dois dos idosos ao serem indagados se mantinham boa relação como os filhos:

“Não, não. Porque eu me separei, eu fiquei casado 20 anos, depois não deu certo. Bom, se não dá certo vai cada um para o seu lado, procura um lugar melhor para você, eu também procuro e resolvemos fazer isso. Aí meus filhos ficaram com ela. Meu filho tem 42 anos e minha filha 43. Aí eles passaram a viver com a mãe né, ficaram mais ligado a ela. Agora quando eles me ligam e querem falar comigo eu atendo bem, não posso negar que são meus filhos né. (pausa) Não vou nunca negar e nem não receber eles.”

“Meu contato com ele é pouco, ele fica mais com a mãe.”

Em muitos países o chamado “modelo tradicional” em que o homem é provedor e a mulher dedicada aos cuidados da família vem sendo substituído por um modelo em que ambos se inserem no mercado de trabalho, porém o cuidado com a família permanece em grande medida na mão das mulheres. Segundo Sorj, Fontes & Machado (2007) o novo modelo insere mais as mulheres na “esfera pública”, mas não vem acompanhado da transferência do tempo investido pelos homens no trabalho para a “esfera privada”, tendo

assim o homem, uma relação mais distanciada com os filhos. As mulheres são mais centradas nas teias de relação e cuidado. Já o homem tende a ser inclinado para correr risco, conquistar status e poder (BOFF; MURARO, 2002).

Na aposentadoria, os idosos tendem a diminuir suas relações sociais, pois diminui o convívio social, os relacionamentos interpessoais e as trocas de experiência, antes possibilitadas pelo trabalho. Essas concepções relacionadas ao masculino que são apontadas acima, como a questão do cuidado e vínculo com a família e relações sociais são questões que no campo do estudo apresentaram mais características de transformação do que diminuição. O idoso aqui estudado está transformando seu modo de relacionar, buscando novas possibilidades como a participação em diversos grupos de atividades que se dá, segundo relato de alguns, muito mais para aumentar o convívio social e fazer amizades do que pelo interesse na atividade em si. Portanto ao considerar os aspectos relativos ao idoso não podemos deixar de considerar o recorte de gênero, pois determina, inclusive, o lugar que os idosos e as idosas ocupam na vida social.

6 A QUESTÃO DE GÊNERO

6.1 Uma concepção masculina de saúde e alimentação

A abordagem de gênero se refere, não apenas às diferenças biológicas entre homens e mulheres, mas também aos papéis socialmente construídos que vão moldar os comportamentos dos sujeitos ao longo da vida, reconhecendo que aspectos relacionados à saúde dos homens não podem ser separados desses papéis. Durante muito tempo, sexo e gênero foram usados como sinônimos (NOLASCO, 1995; KORIN, 2001).

Segundo Korin (2001), sexo refere-se à distinção biológica entre homem e mulher e gênero está relacionado à cultura, aos significados atribuídos a essas diferenças biológicas, variando de uma cultura para outra; temporalmente em uma mesma cultura e ao longo da vida de um indivíduo. É importante considerar que essas diferenças foram construídas social e culturalmente (MURARO; BOFF, 2002).

De acordo com Gomes (2010), masculinidade é um conjunto de características, comportamentos e valores que se espera dos homens em uma cultura. Existem diversos modelos de masculinidade, mas o que é mais comum é o da masculinidade hegemônica em que o homem é considerado forte, viril, corajoso, ativo e poderoso, capaz do trabalho físico árduo, produtivo, provedor e orientado ao mundo externo. Essas características apontadas, vão estar diretamente relacionadas com as concepções de saúde desses idosos do nosso campo de estudo. Conforme podemos observar em algumas falas:

Forte, representando a força física em si. O idoso apresenta uma estrutura corpórea com músculos bem desenvolvidos: *“Não pode parar não garota, a atividade física, a prova tá aqui (aponta para o próprio corpo), é evidente, você não pode fugir a isso.”*. Em outra fala a força também aparece, mas, como sinônimo de resistência a doenças e ter sobrevivido ao número de cirurgias que realizou: *“Eu nunca fui homem de andar com isso aquilo. Eu era doador de sangue desde os 18 anos de idade. Eu tive é emergência de operações [...]. Eu tô aqui com 80 anos, e posso dizer bem de vida[...]Agora eu acho gozado que devido as consequências, olha pra mim e ninguém diz que eu já fiz umas 10 ou 12 operações”*.

Sobre ser ativo podemos observar em duas falas. A primeira está relacionada à prática de atividade física, mas também a possibilidade de praticar diversas atividades ao longo da semana:

“Não pode parar não garota, a atividade física, a prova tá aqui (aponta para o próprio corpo), é evidente, você não pode fugir a isso [...] é terça e quinta no Maracanã. Eu vim aqui hoje, por exemplo, eu fiz primeiro a hidroginástica no Maracanã, almoço e venho pra cá. Terça tem ginástica e exercício na IASERJ. Sábado eu vou para o futebol. Então eu só fico assim mais ou menos, sexta, domingo e segunda que eu não faço atividade nenhuma. Os outros dias eu faço.”

E no segundo caso o que vemos é um sentimento de culpa por parte do idoso por não ser tão ativo quanto o profissional de saúde propõe, o que desqualifica os sujeitos devido a não adequação aos padrões vigentes da atualidade:

“Eu sou (risos) muito relaxado. [...] a nutricionista virou pra mim seu Calmelino o senhor vai manear seu peso, a sua alimentação vai ser essa. Olha, por favor, faz uma caminhada, aí eu comprei o tênis. Eu confesso honestamente, nisso eu sou relaxado, preguiçoso, paguei 43 Reais no tênis e tá novinho. Eu nem usei ainda. Eu moro na Barão de Mesquita, perto do SESC, posso até fazer dentro de SESC, mas.”

Em relação a ser produtivo, quando perguntamos aos idosos sobre a ocupação respondem que são aposentados, ou fazem curso, ou participam do Renascer, como se está significasse para ele uma forma de ser ainda produtivo e ter uma ocupação do tempo. A virilidade é evidenciada no estudo pela maioria dos idosos relatarem possuir namoradas, ficantes, companheiras: *“Aí sempre arrumei umas parceirinhas. Vou muito também assim (pausa), fim de semana no SESC, tem pessoas de outros grupos a gente reúne e vai a uma pizzaria, reúne casais, a gente leva namorada, o outro leva mulher [...]”*.

A virilidade também é destacada pela ausência da necessidade de utilização de medicamentos para impotência sexual: *“Aquele tal do azulzinho não uso não”*. Essa questão da medicalização da sexualidade masculina vem se apresentando com mais força desde a entrada do Viagra (o “azulzinho”) no mercado. Bourdieu (2010, p.64) destaca que *“a virilidade, entendida como capacidade reprodutiva, sexual e social, mas também como aptidão ao combate e ao exercício da violência, é, acima de tudo, uma carga.”* pois impõe ao homem o dever de afirmá-la em qualquer circunstância.

Segundo Rohden (2012), nas duas últimas décadas, tem se assistido a configuração de um novo foco na masculinidade, via a farmacologização da sexualidade. Conforme Bourdieu (2002), os homens, para serem reconhecidos pelos outros como fazendo parte do grupo de “verdadeiros homens”, devem afirmar constantemente sua virilidade, a fim de ser atestada e validada pelo grupo. No caso específico da relação da sexualidade com o envelhecimento, a autora aponta que a promoção dessas drogas caminha lado a lado com a promoção de modelos de comportamentos centrados na valorização do corpo jovem, saudável e sexualmente ativo, o que estaria relacionado à própria conversão da saúde como um valor ético importante na sociedade ocidental.

Em relação a ser provedor, muitas vezes esses idosos já não apresentam características de forte, viril, ativo, que caracterizam o masculino até certa idade, em determinado contexto. Quando muda o contexto, às vezes, o único capital que lhe resta é o financeiro, a partir de boa aposentadoria ou pensão, que dá a ele um valor, um prestígio, o diferenciando do idoso que não tem esse capital financeiro e o aproximando dos mais jovens ou até mesmo o colocando em posição privilegiada em relação aos não-velhos. Para exemplificar a importância do papel do provedor temos a seguinte fala de um dos idosos que não possuía uma fonte de renda e contava com ajuda de terceiros e agora que completou 65 anos vai poder contar com um benefício financeiro do governo. A fala mostra o desconforto do idoso por não ter esse papel de provedor: “[...] eu tenho que ficar pedindo na igreja, o responsável lá. Eu posso chegar em cima deles e dizer eu tenho que ir nisso e ele me dá minha passagem. Eu mesmo me sinto mal, você entende? Eu fico sem jeito. Entrando o meu, eu meto a mão no bolso a hora que eu quiser e saio.”

Nolasco (1995) afirma que o homem passa por experiências, ao longo da vida que lhe ensinam o significado de desempenhar o papel masculino, sendo estimulado desde criança a afastar-se do que ele chama de “*experiências interiores*” (grifo do autor) e obter melhor desempenho no que faz. Korin (2001) aponta que a adesão dos homens a todas as características da masculinidade é fluida, mudando durante a vida, porém, para o autor, ainda assim a maioria dos homens sustenta o modelo, mesmo que não seja em sua totalidade, sendo tão predominante que muitos acreditam que as características e condutas associadas à mesma sejam “naturais”, supondo-se, que estes papéis sejam universais e absolutos.

De acordo com Bourdieu (2002) a diferença entre os corpos masculino e feminino, especificamente as diferenças entre os órgãos sexuais, podem ser vistas, muitas vezes como

justificativa natural para as diferenças construídas socialmente entre os gêneros. A crença de que a masculinidade é uma manifestação biológica leva os homens que não se encaixam neste modelo ou não possuem o comportamento esperado a se sentirem constantemente ameaçados por aqueles que vivem de acordo com este modelo ou que seja questionada a sua preferência sexual perante os outros.

Marques Junior, Gomes & Nascimento (2012, p. 512) apontam que:

Ainda que concebamos a masculinidade no plural, não podemos desconsiderar que entre os diversos modelos pode haver um que, embora não seja totalmente dominante, hegemonicamente assume uma posição de autoridade cultural e de liderança, em relação à ordem de gênero como um todo. Esse modelo se estrutura basicamente a partir de dois eixos: heterossexualidade e dominação.

Essa masculinidade hegemônica tende a estimular aspectos acima citados, tais como a força, o poder sobre os mais fracos, a coragem, a atividade, a potência. Este modelo tende a contribuir para um impedimento da fragilização e manifestação de dor por parte dos homens. Para Korin(2001) “Os papéis estritos de gênero são interiorizados e os homens aprendem a desprender- se das qualidades identificadas como femininas: passividade, debilidade, enfermidade, dependência, sensibilidade.”. Portanto, a construção social da masculinidade, que determina a forma como homens devem se comportar é apontada por alguns autores como um importante determinante da saúde dos homens em diversas sociedades. A OMS (2008), em um documento sobre a saúde do homem afirma que esta é “inevitavelmente influenciada pela natureza de suas relações sociais.”.

Para Schraiber, Gomes & Couto (2005) a participação dos homens em ações de saúde é um desafio, pois o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da saúde, não são questões colocadas aos homens, questão reafirmada por Korin (2001) que aponta que a capacidade de cuidar desaparece em um mundo em que prevalece modelo hegemônico em que o homem dever ter poder, autonomia, força, racionalidade e reprimir as emoções.

Essa imagem do masculino, que está presente em nossa sociedade e o padrão patriarcal, onde o pai é a figura de poder perante o núcleo familiar; foram os mais comuns no processo de constituição das populações de idosos da atualidade e está presente no contexto do presente estudo por se localizar na Tijuca, e este ser um “bairro familiar” e tradicional. Estes modelos influenciam diretamente na cultura de recusa ou negação de cuidado com a saúde por parte dos homens (GOMES, 2010).

Segundo Vedam (2010, p. 6):

O idoso ao tentar cumprir com este modelo de masculinidade, vê-se em situação duplamente perversa, qual seja o enfrentamento dos estigmas da velhice somados a construção hegemônica da masculinidade. De que forma corresponder a este ideal de homem, em um tempo que parece não lhe pertencer e de um lugar a ele indicado pelas gerações mais jovens. Tal processo consiste em brutal violência psicológica, emocional e social”.

Essa negação do cuidado com a saúde não foi o que observamos no campo de estudo. O que vimos foi que esses idosos apresentavam sim uma preocupação com a saúde, pois fazem acompanhamento nos serviços de saúde e não apenas depois de entrarem para o programa. Parte deles já era paciente do Hospital e depois que passou a frequentar o Programa. E alguns recriminavam as pessoas que tinham uma postura de recusa com o cuidado com a saúde:

“O meu irmão, aliás o mais velho, porque os outros morreram mais cedo. Ele dizia, com licença da expressão: eu não vou ao médico levar dedada – morreu de câncer de próstata. Eu falei com ele, outros irmão falaram, as filhas. Ele era de 1921, ele morreu tem 4 anos mais ou menos. Eu com 32 anos, ainda casado com a primeira mulher fui operado de fissura anal e quantos exames eu fiz e continuo o mesmo homem. Eu falava com ele antes de acusar o câncer nele eu falava, rapaz vai procurar, isso não é nada, ele falava não. Ele faria agora em setembro 91 anos. Podia o homem tá ai, ele não sentia nada, só isso [...]O cara mais velho do que eu não tinha noção. Ele era machão. E vai levar o que? Eu com 32 anos operei fissura anal no Pedro Ernesto, fiz outras tantas operações. A próstata apareceu há 10 anos atrás, corri logo. Fiz e tô firme e forte.”

“Eu nunca fui homem de andar com isso aquilo. Eu era doador de sangue desde os 18 anos de idade. Tive emergência de operações[...] Agora acompanho com a Dra. Elizabeth porque eu to na terceira idade.”

Além disso, em relação à atenção a saúde, muitos assumem um papel dependente da mãe e depois da companheira. O que nos pareceu, no campo do estudo que essa postura de depender de um papel feminino para o cuidado da saúde era evidenciada. Por ser uma médica a responsável pelo atendimento dos idosos, eles tinham uma relação afetiva com ela e pareciam transmitir a ela a responsabilidade pelo cuidado da saúde deles. Também a maioria

dos profissionais de saúde integrantes do grupo são do sexo feminino: enfermeiras, nutricionistas, psicólogas e fisioterapeutas.

Segundo especialistas os homens só recorrem aos serviços de saúde quando apresentam sinais de incapacidade ou estão em estágios avançados de doença, precisando recorrer a especialistas, em vez de serem atendidos nos serviços primários de saúde. Em função destas características, a incidência de quadros mórbidos graves e de mortalidade nesta população é elevada (SAÚDE, 2008; GOMES, 2011). A resistência masculina a atenção primária decorre de variáveis culturais como os estereótipos de gênero enraizados há muito tempo em nossa cultura que potencializam as práticas em relação ao que é ser masculino: *“De vez em quando eu procuro médico. Agora mesmo procurei porque tive um vírus brabo [...]”*.

A doença é considerada uma fragilidade e é difícil para o homem assumir a posição de vulnerável, o que contribui para que ele cuide menos da saúde, e mais ainda quando estes possuem uma renda mais baixa (GOMES, 2011). A incorporação da perspectiva de gênero na abordagem auxilia então na compreensão de como as ideias de feminilidade e masculinidades permeiam as práticas sociais e definem assim comportamentos, sentimentos e interações humanas inclusive em relação à forma de cuidado com a saúde.

Segundo Gomes (2008) a respeito do panorama bibliográfico sobre a saúde do homem, os primeiros estudos sobre a saúde do homem surgiram no fim dos anos 70, nos Estados Unidos e os artigos sobre essa temática abordam o homem como variável de sexo em perfis epidemiológicos; agente transmissor de doenças; fator na vitimização de mulheres e crianças e ausente nos serviços de saúde.

As iniciativas públicas de promoção da saúde masculina surgiram há pouco tempo, tendo como marco a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Lançada no ano de 2008 tem como principal objetivo a promoção de ações que venham contribuir para a compreensão da singularidade da realidade masculina nos contextos socioculturais e político-econômicos (SAÚDE, 2008).

Entre umas das diretrizes da política está a atenção à saúde do homem idoso, porém verifica-se na literatura gerontológica que os estudos sobre envelhecimento masculino são numericamente inferiores frente ao que já se sabe sobre a mulher idosa, o que reforça a importância da presente proposta de pesquisa que se propõe uma incursão sobre o universo de representações do homem idoso sobre um determinante de sua saúde: a alimentação. Os idosos do nosso estudo apresentam, a priori, uma postura diferenciada em relação ao cuidado

com a saúde por participarem de um programa oferecido dentro de uma unidade de saúde para promoção da saúde. Qual será então a relação desta postura diferenciada com o comer deste idoso?

Essa questão da relação entre a virilidade e o cuidado com a saúde, está de certa forma associada também a questão da alimentação, um modo feminino do fazer a comida, preparar as refeições, distribuição, montagem dos pratos e também as formas de simbolizar e entender o que é fazer a comida e ter a mulher em casa para fazer a comida. Em vários grupos sociais a alimentação aparece fortemente associada ao cuidado das mães com os outros membros da família, as refeições são preparadas pela mãe de família. Na divisão do trabalho familiar o domínio culinário é feminino, sendo a mulher responsável pela decisão da composição e distribuição da refeição entre os membros da família. Essa questão será apontada melhor mais a frente.

Outra questão observada, na perspectiva de gênero é uma tendência a feminilização do envelhecimento mundial, ou seja, as mulheres sendo a maioria da população idosa. Segundo Berzins (2003), alguns fatores contribuem para esta maior longevidade da população feminina como proteção hormonal do estrógeno, inserção diferente no mercado de trabalho, consumo diferente de tabaco e álcool. Estudos apontam uma maior prevalência de tabagismo e alcoolismo em homens. Culturalmente, na nossa sociedade e inclusive no grupo estudado é mais aceito o homem fumar e beber do que as mulheres. Como apontado anteriormente, ingerir bebida alcoólica por homens dá um sentido a eles de estar no mundo, de pertencimento a um grupo, prestígio social, conforme aproximação com o pensamento de Pierre Bourdieu. O consumo do álcool se constitui em uma prática social que permite situar os agentes em um espaço social. Em um dos passeios do Grupo Renascer a um clube com piscina e outras atividades de lazer, pudemos observar que os homens se reuniram para jogar carteadado e na hora do almoço foram os únicos a ingerirem bebida alcoólica, enquanto as mulheres se envolveram com outras atividades.

É apontado como um dos fatores também a postura diferente em relação à saúde e doença e relação diferente com os serviços de saúde, por exemplo, observa-se que mulheres idosas buscam grupos e atividades voltadas para o público idoso com mais frequência, havendo baixa participação de homens, que estariam ocupando outros espaços coletivos como praças e associação de aposentados (COUTINHO; ACOSTA, 2009). Podemos observar isso ao caminhar pelas praças da Grande Tijuca, onde nas diversas atividades oferecidas para

idosos como a ATI, grupos de atividade física há uma participação maciça de mulheres, ao mesmo tempo em os homens estão ocupando o mesmo espaço das praças, mas em rodas de conversas, jogos de dama, carreado.

No universo onde se realiza este estudo, esta realidade também é observada sendo o grupo composto apenas em 5% por idosos do sexo masculino. Alguns homens relatam não se importar com essa presença maciça de mulheres: *“Pra mim o mundo sempre foi feminino, não é só o Grupo Renascer não e isso pra mim é muito bom [...]. A mulher pra mim é tudo, não tem nada mais chique em mais importante na face da terra porque se não fosse por uma mulher eu não tava aqui.”*

A promoção de saúde dentro dos programas, neste caso no Programa Renascer, seguindo as políticas, mas também a cultura do modelo de cuidar feminino, faz com que as ações tenham muitos aspectos femininos. O que nos leva também a pensar que talvez as atividades oferecidas nestes grupos não interessem tanto aos homens, sendo considerada por eles como atividades voltadas para o público feminino. No grupo em estudo as atividades oferecidas são: dança de salão; curso de dietética, com aula prática no supermercado e aulas de culinária; rodas de conversa; arteterapia; canto coral; contação de histórias; artesanato; teatro. Todas, atividades com grande caráter feminino, com presença maciça das mulheres e também por questões subjetivas já que muitas estão relacionadas ao cuidar, que é algo do feminino. O que se vê então é uma pequena participação dos homens nestas atividades, que participam mais das palestras, dos passeios e dos cursos de informática.

Vale ressaltar então que não se deve apenas culpabilizar os homens pela não participação nesse tipo de atividades, pois, a partir da vivência no campo de estudo pudemos perceber que a maioria das atividades oferecidas são de caráter feminino. O que se encontra ali são, mesmo que inconscientemente, atividades oferecidas por mulheres, para mulheres e o homem idoso que entra ali para participar fica deslocado de seu ambiente, mas se não participar esse homem é culpabilizado.

Alguns autores apontam que homens e mulheres além das diferenças em relação ao cuidado com a saúde, também enfrentam de maneiras distintas a experiência do envelhecer, sendo apontado por alguns estudos (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010) como foi mostrado anteriormente no capítulo sobre relações e vínculos sociais, que a mulher se adapta melhor pois mantém uma rede social como o cuidado dos netos e uma relação estreita com a família, já que os homens que hoje estão nesta faixa etária muitas vezes assumiam o papel de

provedor frente ao núcleo familiar, e passavam a maior parte do tempo no ambiente de trabalho, tendendo assim também a ter maior dificuldade de se adaptar ao período da aposentadoria, o que veremos a seguir.

6.2 A masculinidade, o mundo da aposentadoria e o comer

Alguns estudos destacam a ideia de que para o homem a maior dificuldade de se adaptar ao período da aposentadoria se dá pelas relações estabelecidas no espaço público do mundo do trabalho, tendo agora que passar um tempo maior em casa, e como homem não tende a participar das atividades domésticas, como cuidar da casa, não considerando esse espaço como seu, percebendo assim o ambiente doméstico como um espaço feminino. Stucchi (2000) afirma que a aposentadoria é a saída do mundo do trabalho, que é um espaço considerado masculino, para a entrada no ambiente doméstico, que é de caráter feminino. As mulheres, por sua vez, além de trabalhadoras mantêm uma forte ligação com o espaço privado do lar encontrando assim menos dificuldades de adaptação à aposentadoria. Podemos evidenciar esse fato com a fala a seguir, do idoso que, para uma melhor adaptação ao período da aposentadoria, relata sair para visitar parentes para não ficar tanto tempo em casa:

“Eu sou aposentado desde 1981. Trabalhei como segurança, vigilante [...]Senti diferença monetária. É chato né mas o que pode fazer? Mas nunca gostei também de sair pra fazer bico [...]saía pra trabalhar só chegava em casa a noite. Era bem de saúde, nunca fui doente. Senti mesmo, muito. Aí eu ia na casa de um parente, na casa de outro pra conversar.”

Outra questão relativa às mudanças com o advindo da aposentadoria que também causam maior dificuldade de adaptação por parte dos idosos do estudo foi a perda financeira que pode ser observado na fala acima e na fala a seguir:

“ Fui técnico de televisão. Trabalhei na Dimeral. Me aposentei em 83, com 43 anos. Trabalhei 20 anos de carteira assinada e 17 anos [...]E aquela coisa eu queria continuar trabalhando, ganhando mais [...] Me senti mal né, o salário caiu. Eu ganhava bem né. Quando eu me aposentei eu ganha 5 salários. Aí reduziu. Foi defasando o meu salário pra 1 salário e meio. 900 reais.”

Porém para um dos idosos que não possuía renda e era sustentado financeiramente pela Igreja e por vizinhos, a aposentadoria é considerada como uma conquista, inclusive de liberdade:

“ eu resolvendo isso aí no INSS. Já tá conversado, aí eu vou poder participar de mais atividades [...]Fazendo isso eu vou ter como participar. Porque se eu quisesse antes de acontecer isso eu podia até participar mas eu tenho que ficar pedindo na igreja, o responsável lá[...]Eu posso chegar em cima deles e dizer eu tenho que ir isso e ele me dá minha passagem. Eu fico sem jeito. Entrando o meu, eu meto a mão no bolso a hora que eu quiser, saio.”

O trabalho é central no mundo social. É de extrema importância na relação do sujeito com a sociedade e na constituição do próprio sujeito. Segundo Lancman/Dejours: p. 38

O trabalho é mais do que o ato de trabalhar ou de vender sua força de trabalho em busca de remuneração. Há também uma remuneração social pelo trabalho, ou seja, o trabalho enquanto fator de integração a determinado grupo com certos direitos sociais. O trabalho tem ainda uma função psíquica: é um dos grandes alicerces de constituição do sujeito e de sua rede de significados.

A realização do trabalho está ligada à constituição da subjetividade e da própria identidade do sujeito, além de ser, ainda segundo o autor, a matriz da integração social, pois há uma correlação entre as formas de inserção no trabalho e as formas de integração social. As relações cotidianas, ao longo da vida do sujeito, permitem a construção da subjetividade a partir das trocas tanto materiais como afetivas, fazendo com que o sujeito constitua sua singularidade em meio a diferenças, sendo o espaço do trabalho, na vida adulta, o local principal dessas trocas.

Em muitos países, o modelo “tradicional” do homem provedor e da mulher dedicada aos cuidados da família foi sendo substituído por um modelo no qual mulheres e homens se inserem no mercado de trabalho, mas os cuidados com a família permanecem, em grande medida, uma tarefa realizada apenas pelas primeiras. A “tradicional” divisão sexual do trabalho que consiste na especialização dos homens no papel de provedores do lar e das mulheres como cuidadoras da família tem sido alterada nas últimas décadas pela rápida incorporação das cônjuges ao mercado de trabalho.

Sustentar financeiramente a família através do trabalho é visto, no modelo de masculinidade hegemônica, como condição básica para ser considerado homem. Foi nesta

linha de pensamento que muitos dos homens idosos foram criados, parecendo que este modelo tradicional de “ser homem ou mulher” continua muito presente.

Em relação ao papel de provedor podemos ver na seguinte fala:

“Eu me aposentei justamente pra dar mais uma atenção, pra ficar mais orientando os filhos. Aí eu dei o segundo grau. Quando eu dei o segundo grau, eu disse: vocês agora tem o segundo grau, eu tenho condições de dar casa e comida, comprei uma casa na Pavuna. Meus filhos estudaram em escola particular, eu tinha 3 fuscas, a casa depois que eu me separei passei para eles.”

Porém, este modelo de ser homem que veio da sociedade patriarcal, vem sendo questionado, abrindo espaço para outras formas de masculinidades, mais flexíveis e diversas. O que era visto como natural, hoje passa a ser mais problematizado. O idoso precisa então resignificar suas masculinidades nesta nova fase da vida o que nos leva a refletir como essas questões relativas a ser homem vão influenciar o comer desta população idosa. Além disso, com as transformações ocorridas na estrutura etária da pirâmide, cada vez mais as pessoas trabalham mais tempo e demoram mais para se aposentar e a previdência cada vez deixa mais vulnerável levando-nos a refletir como vão influenciar na forma de comer deste grupo.

O homem tem uma imposição cultural de ser produtivo e provedor e o idoso, além destas tem ainda a imposição de ser também jovem. Será que o idoso se sente mais homem quando é provedor? Será que o sujeito que se aposentou e se sente jovem, tem mais facilidade de fazer sua comida? Analisar, a partir das perspectivas de gênero, trabalho, aposentadoria e relação com a saúde e alimentação, o processo do envelhecimento e a etapa relativa à velhice, questões hoje estruturadas e estruturantes da nossa sociedade aponta para a compreensão de uma totalidade que é complexa (MERCADANTE, 2002).

A relação do homem com o trabalho vai influenciar construção de suas concepções em relação a este e a outras esferas da vida, inclusive da saúde e da alimentação. É através da ocupação e do salário que o homem, na sociedade contemporânea, define sua forma de viver, o papel desempenhado na sociedade. O reconhecimento, a responsabilidade, o status, a dignidade, a independência e realização pessoal compõem esta identidade vinculada ao trabalho. Mesmo que realize atividades e funções semelhante no processo de trabalho, nenhum homem trabalha da mesma forma. Para entender os significados de trabalho e consequentemente da aposentadoria, deve-se considerar as mudanças ocorridas no mundo atual que vão repercutir diretamente na vida do ser humano e em sua relação com a sociedade.

A aposentadoria foi concebida como um direito para assegurar o futuro, com manutenção do nível de vida e a garantia das necessidades básicas para os indivíduos depois dos anos de trabalho. Porém, estudos apontam que pode ser considerada um fenômeno social, pois trás consequências de ordem política, social, econômica e cultural (PAPPALEO NETTO, 2007). Por um lado é considerada um direito conquistado pelo trabalhador de descanso, desobrigado do trabalho, tendo mais tempo para o lazer, por outro lado, é desvalorizada pois o sujeito depois de aposentado, passa a ser visto como improdutivo (que não gera renda) e, recebe até o nome pejorativo de “inativo” ou seja, parado, sem funcionamento (BULLA; KAEFER, 2003) e, por estar ainda associada à velhice, pode impor uma carga negativa principalmente para o homem idoso. –

Há um sentimento de desvalorização, que é comum a pessoa idosa, porém exacerbado no aposentado, pois, não ganhar mais o dinheiro através de seu salário, parece-lhe decadência, perda da identidade e até mesmo da masculinidade. (BEAUVOIR, 1990; SILVA, 2008). Parar de trabalhar significa a perda do papel profissional e, conseqüente perda do papel de provedor junto à família e a sociedade. (PAPPALEO NETTO, 2007).

Porém esse valor passa também pelo consumo, inclusive de alguns alimentos, como apontado anteriormente. O consumo é valorizado na sociedade moderna, dá identidade, sensação de pertencimento a um grupo então se o idoso continuar consumindo ele ainda é valorizado. Trabalhar após a aposentadoria, por exemplo, pode mostrar a importância do mais velho como provedor da família. Preservar o lugar de provedor, responsável pelo domicílio, após a aposentadoria é uma das razões que levam os aposentados a continuar trabalhando, principalmente os com maior escolaridade e renda. Porém aqui entra outra questão que pode ser evidenciada com a seguinte fala: *“Eu faço isso, eu sou pintor de parede e acabamento, pinto móvel, carro, mas é difícil. A cor e a idade não ajudam (idoso é negro). Eu me separei já com 43 anos. Aí já começa a pegar os dois. Um já não ajuda o outro. Eu trabalhei um bom tempo, mas fazia biscate.”*. O preconceito relativo à idade para permanecer no mercado de trabalho. Questão presente em nossa cultura e vivenciada por este idoso. Tais iniquidades atingem a população idosa e são agravadas quando combinadas a outros fatores de exclusão, como classe, raça e escolaridade.

Estudos apontam que, a partir das décadas de 60 e 70 observa-se uma tendência a reorganização dos sistemas de aposentadoria; o surgimento de novos termos de tratamento para o idoso; os discursos da gerontologia social e o interesse da cultura de consumo neste

novo mercado consumidor (STUCCHI, 2000; DEBERT, 2006; SILVA, 2008) e também começa a ocorrer uma importante mobilização social por parte dos idosos através da sua participação em associações, grupos de convivências e Universidade Abertas da Terceira Idade - UNATI (PEIXOTO, 1995; SILVA, 2008) e esses idosos, que antes eram considerados inativos, a partir de sua participação neste tipo de atividade passam a ser considerados mais produtivos, ativos e independentes por estes grupos e pelas próprias políticas voltadas para a população idosa.

Por mais que este idoso desenvolva atividades dentro do núcleo familiar ou participe de atividades de lazer em praças públicas, como o grande número de idosos que vemos jogando damas nas praças dos grandes centros urbanos, ele só é considerado ativo se participa de algum grupo de atividades voltadas para o idoso, ou melhor, para a terceira idade, pois está relacionada a esse estilo de vida ativo, consumidor, realizando inúmeras atividades sociais e de lazer. O que traz a ideia de uma normatização da velhice. O idoso tem que ser produtivo, se medicalizar, continua tendo os valores da juventude, beleza, cuidado, consumir, ter prazer. Porém, só é considerado ativo se adequar-se ao padrão estabelecido, mesmo que ele possa ser até mais ativo se não participar do programa, o que vai capitalizar o sujeito é participar e também reproduzir as recomendações dadas, inclusive as relativas à alimentação.

7 A QUESTÃO DA ALIMENTAÇÃO

7.1 Imperativo de alimentação saudável e a normatização

Como apontado anteriormente, nas ofertas da cidade há uma diversidade de serviços e atividades oferecidos para a população idosa, entre eles há uma parcela de serviços que podem ser utilizados também por outras parcelas da população. Pode-se observar, por exemplo, nas praças dos grandes centros urbanos as chamadas Academias para a Terceira Idade (ATI), o que não se via há algum tempo atrás, que podem ser utilizadas também por adultos e por crianças. Também temos os cursos de línguas e informática em que podemos ver circulando jovens e idosos.

As ofertas da cidade também são variadas em relação ao comer. Há diversas ofertas de comida e diferentes modos de comer. Na Região da Grande Tijuca e no entorno do HUGG há um grande número de estabelecimentos comerciais de alimentos, formais ou informais: cafés, restaurantes, pensões, mercados locais e supermercados de grandes redes, hortifrutigranjeiro, bares, feiras livres, feiras de produtos orgânicos. Ao circular pela região também se pode verificar barracas vendendo alimentos como pipoca, churros, sanduíches, empadas, yakissoba, tapioca, açaí, água de coco. É alta a oferta e o idoso pode comer em qualquer lugar, na esquina, no clube, nos restaurantes, nas praças. Ele pode parar e comer ou levar pra casa.

Nesse mesmo universo diverso, e nesse local de estudo que escolhemos que é um grupo para idoso que secciona a terceira idade, oferece apenas atividades para indivíduos acima de 60 anos e tendem a colocar o idoso em constante atividade, ocupando-o quase todos os dias com um grande volume de atividades, afastando assim o idoso do convívio família. Observamos no campo de estudo um caso em que a filha de um dos integrantes procurou a coordenação do Programa para reclamar a ausência de sua mãe do ambiente familiar pela quantidade de atividades que desenvolvia junto ao mesmo. E temos ainda as atividades como a Estratégia de Saúde da Família que coloca o idoso de volta no núcleo familiar, afirmando ser de grande importância para ele essa relação com a família, para não se tornar um idoso solitário e destaca a importância do convívio de várias gerações. Ainda que as ideias pareçam contraditórias, percebe-se que fazem parte deste universo que temos hoje, como o universo da

presente pesquisa, que é um universo da diversidade, um universo de formação plural com diversos tipos de idosos, com um leque de atividades como os grupos de convivência, programas de saúde, UNATI, Programa de Saúde da Família, excursões que ele pode escolher fazer ou não.

Atividades esportivas; de dança; o namoro e as relações sexuais; o alimentar-se e até o trabalho tem sido vistos como práticas de saúde, tendo assim uma resignificação da saúde. Luz (2003) destaca ainda que a caça à saúde é como um verdadeiro mandamento para os cidadãos do presente, independente de classe, idade e gênero. Porém esta saúde assume, no universo simbólico da sociedade atual, uma pluralidade de sentidos e significados.

Na sociedade atual o idoso tem uma infinidade de atividades que são consideradas de saúde, assim como no Programa de saúde, universo do presente estudo. Canto coral, grupo de memória, teatro, atividade cinético-funcional, oficina literária, roda de conversa, informática, artesanato, festas, passeios, tendo essas atividades até caráter de indicação médica.

O imperativo de atividade é uma das características das concepções de saúde, onde manter-se ativo é uma das prerrogativas tanto quanto atividade mental, física, social, sexual, lúdica, criativa, independente do adjetivo que a acompanhe, a ação na prática é uma obrigatoriedade (SILVA, 2009). Nesse mesmo contexto há também o imperativo das recomendações nutricionais e da “alimentação saudável”, em que o idoso insere em suas refeições diárias alimentos que muitas vezes não gosta ou não conhece os benefícios, mas ele introduz em sua alimentação porque também o capitaliza, o faz se sentir jovem, que é outro imperativo do nosso tempo.

Então esse idoso tem que ser um idoso ativo, se alimentar de forma “saudável” e ser jovem. Esses imperativos são totalmente interligados, pois assim como a atividade, o alimento atende a prescrição normativa que o profissional reproduz. Norma essa que reproduz a lógica do programa, que por sua vez reflete a norma do serviço de saúde, que é fruto de uma macropolítica que repercute na política local. O próprio profissional de saúde não se vê como agente dessa macropolítica. Ele está ali desenvolvendo suas atividades, acreditando que está fazendo o melhor para o idoso, sem ao menos se dar conta de que está reproduzindo o discurso normativo. Pudemos observar no campo de estudo que muitas práticas educativas em saúde desenvolvidas, inclusive as de educação nutricional, tinham caráter normativo e se caracterizam por prescrições comportamentais que desconsideram os determinantes do processo saúde-doença e o saber popular dos idosos. Ainda que as ações de educação

nutricional fossem bastante heterogêneas quanto ao seu conteúdo, forma de abordagem, é recorrente observar que o foco central, na maior parte das vezes foi a difusão de informação sobre os benefícios de determinados alimentos e nutrientes e os malefícios de outros e a relação de alimentos com a prevenção e controle de patologias.

Como apontamos anteriormente, no modelo social atual, as qualidades como atividade, produtividade, memória, beleza e força são características dos indivíduos jovens, então, o idoso ao assumir essa postura ele se aproxima do universo dos não velhos, transformando assim a juventude em um valor a ser conquistado através da adoção de estilos de vida e formas de consumo. Então os idosos saem em busca dessa juventude e do chamado envelhecimento ativo e desenvolvem diversas atividades ao longo da semana, como vemos na fala a seguir:

“É terça e quinta no maracanã. Eu vim aqui hoje, por exemplo, eu fiz primeiro a hidroginástica no Maracanã, almoço e venho pra cá. Terça tem ginástica e exercício na IASERJ. Sábado eu vou para o futebol. Então eu só fico assim mais ou menos, sexta, domingo e segunda que eu não faço atividade nenhuma. Os outros dias eu faço.”

Essas práticas tendem também a favorecer interações sociais e formação de rede de apoio para esses idosos, estabelecer laços afetivos com outros idosos, além de contribuir para a sensação de pertencimento de grupo. Para esses idosos realizar estas atividades dá prestígio e distinção, aproximando do pensamento de Bourdieu (2007), funcionando como capital simbólico. Há para o idoso a ampliação do capital social pelo convívio com outras pessoas, o capital cultural é agregado, pois há diversos cursos e oficinas e não necessitam investir capital financeiro já que os serviços são oferecidos de forma gratuita pela universidade.

Juventude e atividade são valores que guiam as concepções de saúde e de alimentação dos idosos do estudo. Guiando as atitudes e comportamentos e produzindo uma disposição entre os mesmo na busca pela socialização em ambientes diferentes do familiar, prolongando assim os símbolos da juventude. E esse *habitus* (BOURDIEU, 2009) do idoso que deseja ser jovem se apresentou no estudo como uma disposição para comer fora de casa, nesse ambiente de variedade de oferta de lugares para comer. Como um modo de afirmar essa juventude, uma rebeldia, liberdade, que dá um sentido para a vida dele, com um modo de comer diferente do que ele era. Esse idoso quer a atualidade e essa liberdade de escolher vários lugares faz ele estar bem na vida.

Kuawe (2012) em seu estudo com idosas da UNATI/UERJ considera que essa construção da terceira idade é a construção de um idoso jovem. O que tem um pouco a ver com o idoso do presente estudo, essa necessidade de se manter jovem, de um comer jovem também se apresentaram aqui, no sentido de estar incluído nas modas, nas coisas que estão sendo faladas na cidade, no Programa, na televisão. A ferramenta para manter a juventude, além das atividades também é o alimento e o modo de comer, nesse caso o comer fora, ser livre pra comer. Apesar da ausência da mulher e não ter a casa do jeito que ele tinha antes ter um lado negativo e às vezes apresentar um saudosismo, ele também tem, de certa forma a liberdade de comer o que ele quer, do jeito e na hora que quiser, então esse comer fora, que vou apresentar mais a frente, tem um valor para esse idoso, pra ele faz um sentido.

Além disso, o simples fato desse idoso pertencer ao Programa já representa para ele um cuidar, um diferencial, pois a participação ali é valorizada, dá prestígio. É valorizada pelo próprio idoso participante e também por outros que não participam. Portanto, a participação no Programa Renascer representa uma distinção social entre os idosos dentro do grupo e fora também, pois é um Programa de extensão oferecido por uma universidade. E se torna mais valorizado ainda quando as oficinas e cursos, ao invés de serem oferecidos nas dependências do Hospital, são deslocados para outros campus. As oficinas dietéticas que são oferecidas ao final do curso de Dietética Aplicada à Terceira Idade, uma das ações da equipe de nutrição junto ao Programa, são desenvolvidas na Escola de Nutrição da UNIRIO, no laboratório dietético, mesmo espaço onde os estudantes de Nutrição fazem suas aulas práticas. Algumas aulas de expressão corporal da Oficina de Teatro Renascer são oferecidas na Escola de Teatro e o curso de informática na Biblioteca Central da Universidade.

Esse idoso, portanto se sente mais próximo ainda da universidade e de um conhecimento que é valorizado em nossa sociedade, o conhecimento científico. Assim, frequentar a Universidade para a realização dessas atividades possibilita a esse idoso continuar se atualizando no mundo moderno, e se apropriando de um saber que o diferencia de um idoso comum, que não frequenta esses espaços. Portanto ser um idoso ativo e jovem, cumprindo as normas e recomendações em relação a alimentação e saúde apresentadas no Programa é compreendido como um *habitus* positivo para esses idosos. Entendendo o *habitus* como sendo ao mesmo tempo um sistema de classificação e um principio gerador de práticas conforme proposto por Bourdieu, pois possibilita viver essa etapa da vida com menos limitações, além de estar conforme os valores da sociedade moderna. Nesse sentido, o idoso

que tem a disposição e a possibilidade de viver seu envelhecimento dessa forma tem um valor simbólico diferenciado do idoso comum que é expresso nas suas atitudes, comportamentos, escolhas e consumo, inclusive em relação à alimentação.

Ainda que essa participação capitalize o idoso ele também está dentro de um processo normativo, seguindo recomendações nutricionais e de saúde. Segundo Foucault (2011) essa incorporação de atitudes em prol da saúde e da alimentação saudável são uma expressão de biopoder, que se exerce tanto no coletivo, através das recomendações e também no indivíduo a partir da incorporação das recomendações em busca de um padrão que é valorizado na sociedade, uma disciplinarização dos corpos.

Porém essa incorporação só é possível para uma parcela da população, a parcela que está exposta a esse discurso nos programas de saúde, nas UnATIs, pela mídia e profissional de saúde, e também aqueles que tem condições (financeira, social) que possibilitem essa vivência, pois há uma significativa parcela da população, como já apresentamos que não possuem essas condições. Além disso, essas concepções se tornando um imperativo, uma expressão de biopoder, podem levar a responsabilização do idoso pelas suas condições de saúde e envelhecimento, desconsiderando outros fatores que estão em volta da vida do sujeito. O indivíduo torna-se então cada vez mais responsável pelas condições de sua saúde, diminuindo o papel e a responsabilidade do Estado pelo cuidar.

Durante o estudo os idosos não falaram muito sobre outros amigos dos diferentes espaços em que circulam, fora desses espaços de atividades para idosos. Pode ser que, com esses amigos de fora eles tenham um discurso completamente diferente dos que eles apresentam no campo de estudo, com outros valores. Isso é influenciado por essa multiplicidade de ofertas da cidade, onde ele transita em diferentes espaços, com diferentes grupos de amizades e com diversidades de formas de comer.

Se caminhar, por exemplo, antes era só um passeio ou uma forma de se deslocar, hoje se configura como indicação médica para prevenir algum tipo de adoecimento, e isso foi uma transformação da cultura. Assim também é a relação com o comer. Como apresentamos anteriormente, a alimentação, na maioria das atividades desenvolvidas no Programa tem um enfoque biomédico. As atividades de nutrição desenvolvidas são palestras, salas de espera, grupo focal, Curso de dietética aplicada à terceira idade, oficinas dietéticas, tem caráter preventivista.

Vale destacar que a participação dos homens nessas atividades relacionadas a alimentação é pequena. Eles participam das palestras porque a presença é obrigatória para a permanência no grupo, porém, pouca interação com a equipe. Nas atividades de sala de espera também participam porque estão ali aguardando a consulta, e não tem outra opção. Porém, as atividades como grupo focal, oficina dietética ou o curso de dietética aplicada só conta com a participação de poucos homens que na maioria das vezes vão para acompanhar as esposas. Os idosos só que foram aqui entrevistados nunca participaram desse tipo de atividades no grupo. Há um desinteresse por parte dos homens em participar dessas atividades pelo caráter feminino que apresentam.

No curso de dietética, por exemplo, o primeiro módulo consiste em ensinar sobre os alimentos, forma de comprar, higienizar, armazenar e preparar, com aula prática em supermercado. O segundo módulo consiste na aplicação da nutrição e dietética para prevenir doenças ou recuperar a saúde, ao final das aulas são apresentadas receitas, por exemplo, receitas ricas em fibras para prevenir ou melhorar a constipação intestinal. E no fim do curso a uma oficina dietética realizada no laboratório de técnica dietética da UNIRIO, onde os idosos preparam várias receitas da apostila, e muitas receitas com cascas, talos, sucos de frutas e verduras. Durante muito tempo e em diferentes culturas a cozinha é um espaço considerado da mulher e todas as atividades relacionadas ao preparo da refeição como compra, armazenamento, higienização e preparo dos alimentos. E são essas as aulas desenvolvidas no curso logo são atividades de caráter feminino, feita por um grupo de mulheres (nutricionistas, estagiárias, bolsistas), para mulheres. O ato de cozinhar seria uma espécie de extensão do papel “natural” das mulheres como mães e nutrizes de seus filhos. Portanto, no presente grupo não há interesse por parte desses homens nessas atividades relacionadas à cozinha. Inclusive nem aparece nas falas durante as entrevistas.

Os sentidos do imperativo de atividades se apresentaram para os idosos de forma diferente do que o discurso dos profissionais de saúde e até mesmo do discurso dos próprios idosos, como sendo para melhorar a saúde:

“Eu vou pra academia de noite, faço ginástica, pra você não ter tempo pra (leva a mão a cabeça como sinal de pensar) [...] Você não pode para tem que estar sempre fazendo atividade.”

“Hoje, por exemplo, eu saí do espanhol e vim correndo pra cá. Eu faço canto, poesia e espanhol na UNATI. Fazia dança de salão e faço no Maracanã a hidrogenástica. Já tem 20

anos que eu faço. Pra mim faz diferença né. Minha relação com outras pessoas; adquire conhecimento; tem uma hora de lazer né, agradável e também para a saúde. Eu não deixo de fazer minha ginástica em casa. Ta de férias, mas eu faço ginástica.”

O profissional de saúde dentro do programa quer reforçar sua recomendação e quando o idoso volta e diz a ele que fez a atividade ou que comeu o que ele prescreveu o profissional fica satisfeito. Mesmo que ele não tenha seguido nenhuma daquelas recomendações, ele diz que fez, pois o idoso não tem a intenção de voltar no dia seguinte e achar que está melhor de saúde porque ele comeu aquele alimento dito como saudável que o nutricionista disse, ele quer é se sentir parte do grupo, incluído, e estar mais jovem, viril por dizer que segue as recomendações. E esse também é um dos motivos das atividades relacionadas com a alimentação desenvolvidas dentro do programa terem pouca presença de homens. Os sentidos da alimentação para esses homens são diferentes dos sentidos dos profissionais e estudantes que estão realizando a oficina. Se os sentidos fossem os mesmos ela contaria com uma maior presença de homens, assim como tem das mulheres.

E assim também ocorre para as consultas individualizadas com a nutricionista. A profissional e o idoso não dividem um mesmo imaginário de interesse pela alimentação:

“E aquela nutricionista que a gente ia (ele e a esposa), ela não tá mais aí? Porque tivemos um tempo marcado, a gente faltou, a tempo foi passando, aí tiveram os acontecimentos (a esposa faleceu). Mas eu queira ir de novo, queria marcar porque é bom né, é um tempo que a gente ocupa, faz umas perguntas, faz um movimento né.”

Essa normatização, ordenação que a nutricionista tem que não é dela, mas da macropolítica em que ela está inserida como já apontamos anteriormente, que recomenda que o idoso faça um tipo de alimentação que ela prescreve, fragmentada, e em casa, não apresenta para o idoso o mesmo sentido. A resposta que ele dá a essa ordenação, essa normatividade feminina do programa de saúde não tem o mesmo sentido da resposta que o profissional de saúde dá a essa normatividade. Na verdade são coisas diferentes. O projeto futuro, a disposição para construir alguma coisa lá na frente no imaginário dele é diferente do profissional de saúde. Por mais que ele queira comer pra não ficar doente, pra ficar potente, o sentido que ele tem de comer pra ter uma virilidade, por exemplo, não é o sentido que o profissional dá aquilo, mas é o sentido que ele quer. O que podemos ver claramente com a fala acima o sentido para ele daquela consulta com a nutricionista para ele é apenas um sentido de ocupar um tempo, conversar com alguém.

Em relação ao sentido da atividade, o sentimento de não fazer atividade, neste caso a física, gera para o idoso certo desconforto, que faz com que ele precise usar a ausência de doenças como uma justificativa para a falta da prática: *“Eu sou (risos) muito relaxado. Nesse ponto de vista aí eu sou; a nutricionista virou pra mim o senhor vai maneirar seu peso, a sua alimentação vai ser essa, olha, por favor, faz uma caminhada, aí eu comprei o tênis. Eu confesso honestamente, nisso eu sou relaxado, preguiçoso, paguei 43 Reais no tênis e tá novinho. Eu nem usei ainda. Eu moro na Barão de Mesquita, perto do SESC, posso até fazer dentro de SESC, mas. [...]É que eu não tenho nada. Se houver a necessidade de fazer, problema cardíaco, alguma coisa, hipertenso, eu procurava. Mas eu não sinto nada de coração e de pulmão, aí eu vou relaxando.”*

Será que realmente esse idoso precisa fazer atividade? Ouvir de um idoso que já fez muito e agora quer descansar, nem sempre é uma atitude considerada saudável. Uma programação em saúde para a terceira idade hoje, com todas as suas atividades é parte da experiência de lazer, porém, segundo Luz (2003) as atividade que antes eram vistas como esportivas, de lazer e recreação, hoje tendem a ser consideradas atividades de saúde e se organizam na sociedade urbana atual. Assim também é com a comida. Não é uma atitude considerada saudável o idoso não querer aderir ao imperativo de alimentação saudável da modernidade.

Como vimos então, a alimentação também se configura como prática de saúde. Se antes o sujeito comia com a família para compartilhar um momento agradável, um almoço de domingo, hoje vai ser uma prática recomendada para evitar a depressão, por exemplo. A prática de alimentação está incluída nessa prática de saúde. A alimentação, dentro do Programa Renascer é um tomada como um tipo de terapêutica.

Com esse sentido de seguir uma norma, o projeto futuro de alcançar uma saúde ideal é um sentido diverso que é produzido não só com a lógica do profissional de saúde, mas com outras lógicas, com outros projetos e a presente proposta tem o objetivo de conhecer essas outras vertentes que muitas vezes o profissional de saúde não quer ver. Ele só quer ver que o sujeito vai ter menos doença. Que está cumprindo as recomendações, está comendo aquilo que é construído nas políticas de alimentação. Definir as normas e os comportamentos relativos à saúde e obrigar os indivíduos a agir conforme essas normas tornou-se, para além da simples função terapêutica, uma das grandes atribuições do poder médico. A sociedade passa a se regular, a se ordenar, e se condicionar, de acordo com as normas físicas e mentais

que são determinadas por processos médicos. As recomendações nutricionais são uma forma de expressão dessa normatização, dessa ordenação. Porém não estamos aqui separando a normatização do prazer, pois obedecer a essa ordenação, de certa forma dá prazer ao idoso, pois o mesmo se sente mais jovem quando come essas comidas que os mais jovens também comem.

Para Luz (2003) os grupos e programas tendem a afirmar que é imprescindível adquirir, manter e promover a saúde ou pelo menos evitar os riscos e afirma ainda que esses modelos de atividades concebidas como de saúde, como a atividade física, nos põe em contato com uma chamada utopia da saúde, como se a saúde fosse o lugar perfeito, uma idealização da saúde. Então tudo se recomenda, como se existisse um mundo perfeito e saudável, no caso aqui para os idosos, pois o programa de saúde percorre essa ideia.

“ Mas ela falou pra mim – eu quero que o senhor perca peso. Mas pera lá, eu to tão gordo assim? Mas eu entendi ela [...]Não eu não me acho pesado, ela que achou. Devido a minha altura né?”

Essa fala pode apresentar dois sentidos distintos, um é que a nutricionista tenta estereotipar o corpo do idoso e o outro é que para ele essa preocupação dela pode representar um cuidado, um carinho, uma atenção, ligada a esse jeito simpático que a nutricionista tem de sempre querer conversar e de repente é apenas essa atenção que o idoso só está querendo, como já vimos em outra fala anterior.

“ Alimentação não. Isso eu não abuso muito não [...]O único defeito que eu tenho, que a nutricionista bate comigo na tecla é jantar. Eu só como comida mesmo uma vez por dia. Eu tomo muito leite. Tomo um litro de leite desnatado por dia. Tava comendo biscoito, ela proibiu.

O mandatório aparece aqui. Mesmo que a nutricionista não tenha falado, o idoso recebeu como uma imposição, uma ordenação.

“ Ai comprei aquele pão integral, aquelas coisas e assim eu vou levando.” Ao ser indagado se gostava da alimentação sugerida ele responde: *“Mas eu vou ficar sem comer?” Se fosse escolha minha eu não comeria, acho aquilo sem graça né. Ela mandou usar light. Becel, nada de gordurosa. Não como não. Não tenho nada, me movimento de um lado para o outro. O único defeito meu, é se falasse: o senhor estaria com mais saúde se jantasse. Almoçaria mais cedo. Mais eu não tenho. Minha comida é feijão, arroz legumes, frango*

grelhado. Uma vez ou outra eu como ovo estalado. Carne vermelha 1 a 2 vezes. Eu como peixe.”

Algumas palavras como light, desnatado, carne vermelha, frango grelhado não são presente comumente na fala de idosos, mas vemos aqui nessa fala. É a reprodução do discurso da nutricionista. O idoso não tem o costume de cozinhar, a cozinha na conformação desse sujeito era espaço do feminino então o que se vê é que ele já está se apropriando dessas recomendações e dessa ordem, evidenciando assim como o programa de saúde interfere no discurso e na vida desses sujeitos.

O discurso das recomendações nutricionais está totalmente presente nas falas dos idosos, imposto pela nutricionista. A cultura normativa não é da nutricionista, ela também está se apropriando desse discurso normativo das políticas, das recomendações e reproduz talvez nem se dá conta, sem respeitar os gostos pessoais. Esses idosos estão constantemente submetidos aos discursos da saúde por estarem dentro de um programa de saúde em um hospital universitário, além disso, as pessoas idosas vão com maior frequência as visitas médicas. Então o idoso reproduz um conjunto de regras e normas da cultura, do social, sem nem ao menos, na maioria das vezes compreender o sentido, mas que ele utiliza para organizar sua vida como praticar atividade física, controlar a alimentação comendo peixe, evitando frituras, entre outras. Talvez ele obedeça essas normas só para estar no programa, talvez ele diz que faz e não faz nada, mas diz fazer para ser valorizado.

Essas ações, essas ordenações, essas normas são construídas dentro desse espaço social, da cultura, das relações são espalhados, são uma rede, e está solto na vida. O indivíduo reproduz numa normatização de saúde. Ao mesmo tempo, para o idoso essa disciplinarização apresenta caráter normatizador como vemos no trecho: *“Mas pera lá, eu to tão gordo assim?”*, onde o ponto de vista do profissional que prevalece. O idoso então opta por algumas práticas e outras ele afirma que fará apenas se houver necessidade para ampliar suas possibilidades, sua saúde. E ao mesmo tempo o saber, o conhecer essas normas e reproduzir, mesmo que não seja na prática, mas apenas no discurso, ou seja, mesmo que ele não faça a recomendação nutricional, mas ele diga que faz, empodera esse sujeito.

Essas normas presente nas falas não são normas do profissional de saúde, mas são normas de nossa época como apontamos anteriormente. São normas sociais e o *habitus* é que produz essas normas que ao serem incorporadas, vão fazer com que o idoso se sinta melhor,

tenha certo prestígio social e por isso eles a reproduzem e a partir delas esses idosos aqui apresentados vão construir suas concepções em torno da saúde e das práticas de alimentação.

O binômio masculinidade - envelhecimento gera representações que interferem no processo de envelhecimento saudável e em suas práticas diárias de promoção de saúde prevenção do adoecimento, e também nas práticas alimentares. Retomando o universo da masculinidade na terceira idade apresentado anteriormente como outro aspecto de construção social de concepções, nos perguntamos sobre a relação desse aspecto com a concepção de saúde e alimentação saudável.

7.2 Alimentação, saúde e masculinidade

A comida expressa as relações entre os indivíduos dentro de uma sociedade. As refeições são controladas pelas normas do grupo onde é estabelecido quem prepara e serve os alimentos e todo o comportamento relacionado à alimentação. Poulain afirma que o ato alimentar se dá a partir de regras impostas pela sociedade, sendo essas regras representadas a partir das maneiras de preparo dos alimentos, montagem dos pratos, posição à mesa, divisão da comida, horários, entre outros.

Em relação ao preparo dos alimentos, apontamos anteriormente que a cozinha é o espaço tipicamente da mulher e da sociabilidade entre as mulheres. Certas atividades culinárias são consideradas tipicamente femininas. Observamos em nosso estudo uma falta de interesse por parte dos homens em participar das oficinas culinárias e dos cursos de dietética. O preparo dos alimentos é uma coisa que eles pouco relatam, o que poderemos ver mais a frente, pois a maioria deles realizavam as refeições fora do lar. Portanto o preparo dos alimentos não está no discurso dele, diferentemente do que a gente tem hoje, onde há muitos homens jovens com interesse culinário. Porém o idoso não tem esse interesse, pois para ele o fazer culinário não representa juventude, nem virilidade, que são valores que movem suas ações. Então esses idosos não se apropriam da ideia do jovem que sabe cozinhar, pois isso não fazia sentido no tempo dele, não era valorizado na época dele. O discurso da gastronomia é algo muito recente e é para outro grupo social e por isso esse idoso não se apropria dele.

Em relação à montagem dos pratos e à estrutura das refeições, o que pudemos observar é que nos poucos encontros em que haviam refeições os homens apresentavam um prato com um volume maior de comida. E se a refeição não fosse estruturada com um prato contendo arroz, feijão, carne, não era considerada por eles como jantar, mas apenas um lanche: *“Na janta ou eu como uma sopa ou não janto e como um sanduiche, as vezes boto um bife, as vezes presunto, queijo, as vezes peito de peru.”*

Segundo Carvalho, Luz & Prado (2011):

Uma refeição, como almoço ou jantar, é uma situação estruturada que se diferencia de um lanche ligeiro, que não segue a mesma ordem normativa como, por exemplo: entrada, prato principal, guarnições, bebidas, sobremesa etc. Cada segmento dessa ordem pode expressar as condições sociais e dar sentido às práticas de alimentação refletindo ou explicando essas condições, quer os agentes dessa prática queiram, quer não.

Não jantar para ele é realizar uma refeição que não é estruturada, que não é montada com vários grupos de alimentos, são menos grupos de alimentos em uma montagem mais prática e rápida. Outro momento em que essa questão aparece e na fala abaixo:

“[...]Ano bom é mesma coisa. vou na véspera e só volto depois do dia primeiro[...]Fico lá eu e Deus. Fico feliz. [...]Eu não faço ceia. Não como nada. Faço um lanchinho, tomo um copinho de vinho. Pronto. Depois vejo televisão, vejo a missa e vou dormir”.

Na noite de natal e ano novo o idoso relata não comer nada, mas em seguida ele diz que faz um lanche. Como ele não tem a refeição estruturada como as ceias de natal e ano novo, ele não considera o lanche como uma refeição.

Sobre a divisão da comida, observamos que o idoso continua com a postura de convidar a dama para comer, uma divisão de comida em que ele continua como provedor. Quanto ao horário e fragmentação temos a seguinte situação:

“Alimentação não. Isso eu não abuso muito não [...]O único defeito que eu tenho, que a nutricionista bate comigo na tecla é jantar. Eu só como comida mesmo uma vez por dia. Eu tomo muito leite.[...] O único defeito meu, é se falasse: o senhor estaria com mais saúde se jantasse. Almoçaria mais cedo. Mais eu não tenho. Minha comida é feijão, arroz legumes, frango grelhado. Uma vez ou outra eu como ovo estalado. Carne vermelha 1 a 2 vezes. Eu como peixe.”

O idoso relata que prefere almoçar por volta das 15 horas, come bastante e por isso não janta, toma café da manhã e bastante leite ao longo do dia, mas a nutricionista recomenda a ele que ele jante. Porém ele se nega aderir a recomendação e prefere continuar estruturando os horários de suas refeições da forma que sempre fez. O nutricionista quer que o sujeito fragmente as refeições, com 5 ou 6 refeições ao dia em pequenas porções porém o que vemos é que esse idoso tem diversas atividades ao longo do dia e ele só via comer quando tiver tempo. Esse é um modo da nutrição, que tem um caráter feminino, assim como a estética dos pratos, colorido, variado, várias texturas e é o que se ensina nas oficinas culinárias, o que justifica ainda mais a não adesão destes homens a essas atividades.

A partir dos valores do grupo social em que está inserido, o homem seleciona os recursos naturais disponíveis e os transforma em preparações culinárias para satisfazer suas necessidades (JOMORI, 2008). Segundo Carvalho, Luz & Prado (2011), a culinária é uma expressão da vida social e segue regras instituídas na sociedade. Até o comer fora, que veremos mais a frente como preferência desses idosos, também tem um valor culinário para esses idosos.

Apesar das mudanças observadas na atualidade, onde a culinária deixa de ser, ao menos na aparência, uma tarefa sexuada e, neste caso, habitualmente feminina, a partir da tendência descrita por Boudieu da sociedade em dividir entre os sexos os locais, as tarefas e as coisas, observa-se uma participação maior dos homens nas atividades culinárias, apesar de muitas vezes como caráter de *hobby* ou *status* como no caso do *chef* de cozinha, havendo então uma diferenciação entre cozinha diária sendo de caráter feminino e a cozinha especializada que apresenta um caráter masculino.

Boudieu (2002) afirma que a divisão entre os sexos parece ser natural, por ser a ponto de ser inevitável, e está presente nas coisas, como na casa em que as partes são sexuadas, como o caso da cozinha que é um ambiente considerado feminino, também está no mundo social e incorporado nos corpos como sistema de pensamento e ação, porém também é socialmente construída que já adquiriu todo um reconhecimento de legitimação. *“Essa tarefa (cozinhar) não é de mulher quando você tem que fazer para sobreviver, mas é de mulher quando você tem ela para fazer.”*

Segundo Contreras & Gracia (2011) essa responsabilidade feminina pela alimentação cotidiana tem relação com o que é considerado uma atribuição “natural”(grifo dos autores) das mulheres no trabalho doméstico, que também é aceito naturalmente por elas como parte

da responsabilidade do cuidado do grupo doméstico. O papel feminino de responsável pela gestão da alimentação e do homem como provedor se articulam na configuração da família na maioria das culturas. A alimentação como atividade feminina marca simbolicamente a casa, o lugar da mulher e a relação com o homem (CANESQUI; GARCIA, 2005). E como se dá essa relação com a alimentação para esses idosos que residem só?

Para muitos dos homens idosos houve uma imposição cultural que os levou a um afastamento do ato de escolher e preparar os alimentos, sendo a cozinha considerada habitualmente um espaço reservado às mulheres. Apenas cumprindo seus papéis de provedores, muitos destes homens idosos não dominam as técnicas básicas de culinária (CANESQUI, 1988). Porém é preciso ter cuidado com generalizações. Nem todas as mulheres assumem a responsabilidade pela alimentação do núcleo familiar, por exemplo, as mulheres que fazem parte dos grupos de elite não assumem esse papel.

“ Eu como em um self-service. Sempre trabalhei, tinha minha família e tudo então nem precisava aprender a cozinhar, fazer nada. Você se acomoda tanto, que hoje, as vezes eu fazia um café, um mingau, hoje o máximo que eu faço é uma vitamina. até o café da manhã eu tomo na padaria. Então se você relaxar você perde vontade daquilo, aí você não faz, amanhã eu vou fazer, aí não faz, aí você relaxa e passa a não fazer mais” (os olhos enchem de lágrimas). O idoso se emociona, pois para ele o momento da refeição faz lembrar o convívio com os filhos que não existe mais e como essa falta de alguém para partilhar a comida dentro de casa faz com que ele perca a vontade de preparar as refeições tendo assim que sair para realizar as refeições fora do lar.

“Separar é muito difícil. Eu digo para o homem, pra mim, eu trabalhava, chegava em casa e dizia toma (o dinheiro). Sábado e domingo que eu estava em casa pegava o jornal, passava na padaria e pegava o pão; vinha com o moleque do lado, dava a ele a revistinha do tio patinhas, da Mônica. Pegava meu jornal, levantava as pernas e ela: vai tomar café agora. Você tem tudo na mão. Você se separou é outra coisa. Se comprar o jornal vai ter que escolher um momento pra ler porque tem um montão de coisa pra fazer. Botar feijão no fogo, fazer café. Eu que faço tudo, não tenho dinheiro pra comprar pronto.”

“Essa tarefa (cozinhar) não é de mulher quando você tem que fazer para sobreviver, mas é de mulher quando você tem ela para fazer.”

Como já apontamos o espaço doméstico, principalmente o da cozinha, não é um espaço tradicionalmente do homem, principalmente para esse homem dessa geração, dessa

faixa etária. Então ele tem que se adaptar e resignificar os espaços de realizar as refeições. Porém, dentro do programa de saúde as recomendações relativas ao comer na maior parte das vezes não consideram essas particularidades, não escuta o idoso e muitas vezes o importante para esse idoso não é reproduzir o que a nutricionista está recomendando, mas sim quer pertencer ao grupo, quer estar ali dentro do programa e as vezes ele reproduz as normas só para ser aceito ali, mas muitas vezes ele também apenas diz fazer e não o faz só para ter prestígio. O idoso que não cumpre as normas é culpabilizado, inviabilizando assim qualquer possibilidade de diálogo, pois o sujeito não pode nem ao menos dizer por que não cumpre a norma. A alimentação é então a expressão dessa falta de diálogo. O idoso expressa isso através da não participação nas oficinas culinárias, quando ele não entende as recomendações, mas ele diz que faz o que a nutricionista recomenda.

O que se destaca ainda com as falas apresentadas é que, com a saída da mulher do espaço da casa, decorrentes da viuvez, separação ou qualquer outro fato, esses homens tiveram que reinventar novas normas para as práticas alimentares. Questões relacionadas à sociabilidade, coesão social, distinção e prestígio, também estão aqui relacionadas, assim como as apresentadas nas práticas de saúde e são relacionadas com as diversas características que apresentamos anteriormente como a masculinidade, as concepções em torno do envelhecimento e da saúde e do próprio campo etnográfico da Grande Tijuca.

A alimentação e todos os processos relacionados envolvem saberes e fazeres que vão além dos domínios biológicos e nutricionais, derivam também de percepções subjetivas e construções sociais, culturais e históricas (FRANÇA; SIVIERO; GUTERRES, 2010). As práticas alimentares revelam também a história cultural e social do indivíduo e vão desde a escolha, preparação até o consumo do alimento. Preparar e consumir uma refeição, além de cumprir um importante papel biológico, está repleto de sentidos e significados (DIEZ GARCIA, 2003), isto é, revela uma trajetória histórica na vida dos sujeitos. Santos e Ribeiro (2011) destacam que a comida é uma maneira de expressão e criação de relações em todas as sociedades humanas. Relações essas estabelecidas por todo o curso da vida e afirmam ainda que, no idoso, diversos fatores estão relacionados às mudanças nas práticas alimentares. Fatores esses de ordem biológica, psicológica e social como aposentadoria, viuvez e saída dos filhos de casa.

Essas mudanças podem levar a um desinteresse em preparar as refeições, mudança nos ambientes onde se realiza as refeições e até mesmo na ingestão de alimentos (SANTOS;

RIBEIRO, 2011), sendo mais comum e indivíduos que moram sozinhos, o que implica numa reflexão sobre como, onde, baseado em que aspectos os homens idosos que vivem sozinhos realizam suas refeições e fazem suas escolhas alimentares.

7.3 Resignificando a alimentação fora do lar

Nos últimos anos, registra-se uma porcentagem considerável de indivíduos que realizam as refeições fora de casa. As refeições feitas fora dos limites domésticos é um hábito que faz parte do cotidiano de uma boa parcela da classe média urbana, e é crescente a observação desta prática que se deve, em grande parte, ao ritmo da vida urbana (COLLAÇO, 2004). A ABIA aponta que as vendas da indústria de alimentos para o Food Service cresceram 292% nos últimos dez anos. O Food Service compreende restaurantes, lanchonetes, padarias, bares, entre outros estabelecimentos. Segundo o IBGE (POF 2008-2009), 31% das refeições no Brasil são realizadas fora do lar, apresentando a região sudeste o maior percentual entre as regiões brasileiras (37,2%), enquanto os menores percentuais ocorreram nas Regiões Norte (21,4%) e Nordeste (23,5%). Em relação ao valor da despesa média mensal familiar com alimentação fora do domicílio, observa-se que o valor na Região Sudeste (R\$ 172,78), o maior do Brasil, foi mais que o dobro do valor na Região Nordeste (R\$ 81,23), o menor valor do País.

Dentre os fatores apontados para o crescimento da alimentação fora do lar estão: falta de tempo para preparar a comida em casa e maior conveniência; maior participação das mulheres no mercado de trabalho; diminuição do número médio de habitantes por residência e aumento da oferta desse tipo de serviço.

Observamos no campo de estudo essa prática de alimentação fora do lar: “ *“No começo eu tava fazendo a comida toda, mas agora eu to comendo no restaurante. Só de noite eu faço uma panela de sopa e leva a semana toda, as vezes eu refogo de novo ou então eu de vez quando eu como um sanduiche e uma cervejinha todo dia.”*

“As vezes eu mudo de restaurante e como também na minha filha. Esses dias eu não to comendo porque meu genro está aí e eu não quero papo com ele.”

Porém, como destacado acima, esta mudança no local de realização pelos idosos estudados não se dá apenas por uma reinvenção a partir da saída da mulher como responsável pela gestão da alimentação. Há outras características relacionadas a essa modificação como a questão da comensalidade, observada na fala a seguir: *“No restaurante eu não como sozinho, tem muita gente. Eu sento numa mesa sozinho mas tem muita gente lá comendo e aí a gente vai levando a vida.”*. O idoso sai para comer, pois ao invés de comer só em casa vai poder ter companhia, mesmo que de forma indireta ali no local onde escolheu para realizar a refeição.

Questões relativas a dificuldade de limpeza e todo o trabalho que dá para preparar uma refeição também são destacadas, sendo mais prático para esse idoso sair e realizar a refeição em um restaurante: *Eu como no restaurante sabe por quê, tem a cozinha e tem a área. A cozinha é fechada. A gordura não exala direito, fica aquilo impregnado. Ai faz um tempo que eu tive que dar uma guaribada lá, limpar porque as paredes estavam cheio de gordura. Não sai tudo e fica geladeira, tudo cheio de gordura. Ai eu passei só a fazer a sopa que não faz tanta fumaça e gordura. Ai no almoço faço na rua. Na rua não né, no restaurante.”*

O idoso tem uma postura altamente saudável, preocupado com a higiene e ainda sim, muitas vezes o nutricionista quer que ele faça a comida em casa. É um não valor dependendo de onde o profissional olha. Há uma imposição de comer em casa e não comer na rua pelas recomendações nutricionais, sem reconhecer que o idoso está altamente preocupado com a higiene; que ele tem autonomia, prevê, planeja e organiza a vida dele.

Collaço (2004) afirma que devido ao acesso mais amplo a restaurantes e também a produtos industrializados que podem ser comprados e consumidos facilmente, a culinária deixa de ter um papel central na vida do sujeito. E isso é observado também pelos idosos do estudo: *“Hoje é quase tudo pronto. Você vai no supermercado e tem tudo cortadinho, inhame, carne. Você chega na panela, coloca o óleo, coloca o tempero, tomate, cebola, alho e faz.”*

Comer fora do lar é uma característica do mundo globalizado onde predomina a falta de tempo para o preparo e consumo dos alimentos, principalmente nos grandes centros urbano. Isto também pode estar presente na realidade destes idosos a partir do imperativo de atividade e da alimentação saudável, com as inúmeras que desenvolvem não tem tempo de preparar suas refeições ou voltar em casa para realizá-las no intervalo das atividades, como é observado com os idosos presentes no campo deste estudo.

Os restaurantes se configuram também como um lugar de socialização para esse idoso, além de ser uma forma de inclusão no mundo globalizado, principalmente as praças de alimentação. Segundo Collaço (2004), as praças de alimentação são recentes no cotidiano urbano, tornando-se mais presente em meados da década de 1980, contribuindo em grande escala para a transformação do comer, instituindo também novas relações entre os consumidores e o comer. Ainda segundo a autora, frequentar praças de alimentação eventualmente, especialmente quando se está sem companhia, pode receber uma menção positiva. E o comer fora também pode ser valorizado quando o tempo empregado na cozinha será para o preparo de uma refeição que não será partilhada com ninguém, ganhando assim as praças de alimentação frequentadores que poderiam preparar suas refeições em casa mas, não querem perder tempo cozinhando algo somente para si, principalmente no caso das pessoas mais velhas que moram sozinhas, trazendo a comida de rua para estas pessoas, elementos da casa, como a distração.

Essas transformação da cozinha, do ponto de vista da masculinidade e desse mundo globalizado, e essa questão do comer fora trazem consigo elementos relacionados a coesão social e prestígio. Há um valor muito maior para o idoso que pode sair para comprar comida ou comer fora do que ele preparar uma refeição e comer sozinho em casa. Então a questão do comer fora do lar se apresenta mais para esses idosos como uma transformação nas possibilidades do que uma diminuição das mesmas. Além disso, anteriormente apontamos que esse idoso está inserido na região da Grande Tijuca, e essa região tem uma diversidade de restaurantes, shopping, pensões, clubes, padarias e bares, além de barracas de grande variedade de comidas como já apresentamos em capítulo anterior, o que aumenta a possibilidade desse idoso de realizar as refeições fora do lar e também preencher um espaço social que também é frequentado por mais jovens. Até em algumas drogarias da região há lanchonetes em que o idoso pode aproveitar o momento que vai comprar os medicamentos e ali ser ainda um espaço de socialização.

Uma questão que reforça essa ideia de coesão social é representada por uma das falas: *“Aí sempre arrumei umas parceirinhas aí. vou muito também assim (pausa), fim de semana no sesc tem pessoas de outros grupos a gente reúne e vai a uma pizzaria, reúne casais, a gente leva namorada, o outro leva mulher, a gente conversa, então a vida continua sem (pausa) prejudicar ninguém.”* Segundo Collaço (2012), no Brasil, o significado de comer

pizza está associado a um programa noturno, por exemplo, e mais do que isso, para esses idosos representa ter um programa, uma atividade, um compromisso.

Outro ponto a destacar é que a alimentação é comumente vinculada a saúde e as orientações nutricionais estão cada vez mais disseminadas e contraditórias. Surgem novos estudos a cada dia questionando e contradizendo as práticas alimentares que se estabeleceram como saudáveis durante o desenvolvimento da Nutrição (AZEVEDO, 2008). A cada dia surgem novas informações sobre os possíveis benefícios ou malefícios dos alimentos para a saúde e estes são ampla e rapidamente disseminados pela mídia, gerando uma confusão de informação. E isso é observado no campo de estudo, a cada nova notícia sobre o “descobrimento” das propriedades de algum alimento ou o surgimento de um novo produto no mercado que aparecem em programas na televisão, na primeira oportunidade que tem os idosos do Programa trazem suas dúvidas, rótulos e embalagens para mostrar às nutricionistas. E muita das vezes ele já incorpora a novidade na dieta sem ao menos entender a função, foi o caso da receita da ração humana, que certa vez foi compartilhada por alguns idosos do grupo e só depois de um tempo vieram me questionar sobre suas reais propriedades. Então o que há na realidade desse idoso é a interferência de muitas informações nutricionais no Programa, na televisão, no jornal, nas revistas, entre os próprios colegas, vizinhos, que ele muitas vezes incorpora e reproduz para aumentar sua inclusão em um determinado grupo, dentro do mundo.

A comida tem caráter simbólico porque articula o natural, o biológico e o cultural e constitui-se como “*habitus*”. O comportamento relativo a comida liga-se diretamente à nossa identidade social e revela repetidamente a cultura em que está inserido. Portanto existe uma clara distinção entre comida e alimento em que comida não é apenas uma substância alimentar, mas também um modo, um estilo e um jeito de alimentar-se.

Barbosa (2007, p.93) aponta que:

Não se come nada genericamente, também não ingerimos os alimentos aleatoriamente. Toda sociedade estabelece normas e momentos específicos, em que determinados tipos de comida são ingeridos preferencialmente a outros, em uma determinada sequência, dentro de uma certa lógica de ingestão e de combinação dos alimentos entre si.

Outra questão relativa à alimentação encontrada no estudo foi que quase todos os idosos entrevistados preparavam e consumiam uma sopa. A sopa pode assumir uma

diversidade de significados, pois ela é ao mesmo tempo prática, pois cozinha tudo em uma única panela, sem fazer gordura, além disso, pode-se fazer grande quantidade e congelar e consumir diversas vezes depois. A sopa é nutritiva, pois se pode utilizar na sua preparação diversos legumes, verduras e carnes, ou seja, pode ser uma refeição nutricionalmente completa. A sopa é fácil de mastigar e engolir, se o idoso tiver algum problema na dentição ou deglutição e também assume aspecto relacionado ao cuidado, pois, muitas vezes a sopa é oferecida a pessoas doentes para auxiliar na recuperação.

Conhecer as práticas alimentares de um grupo, observando o que se come, como se come, por que se come e com quem se come e em que são baseadas estas escolhas é um meio de conhecer aspectos da sociedade em que está inserido este grupo e as concepções formadas. A promoção de saúde de uma população requer tal compreensão. E em circunstâncias de envelhecimento populacional vinculado a tantas iniquidades sociais e em saúde, as estratégias de planejamento em saúde para os idosos devem ser construídas pela compreensão de hábitos e valores associados à saúde, particularmente aqui, associados à alimentação, o objeto da presente proposta de pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ser idoso é um fenômeno que se altera no tempo e no espaço e, existir como velho em nossa sociedade tem sido modificado, na medida em que a velhice passe a ser vista como constituída culturalmente e por isso mesmo mutável e dinâmica. O envelhecimento é um processo que atravessa as desigualdades de gênero e essa perspectiva permite ampliar a compreensão da dinâmica da velhice e dos sentidos e significados dados a alimentação e a saúde.

A reflexão sobre as concepções em torno do envelhecimento, da velhice e da masculinidade na sociedade contemporânea, foi operacional para compreender a forma como estão relacionadas com as concepções de alimentação e saúde entre os idosos do Grupo Renascer. O que evidenciamos em nosso estudo foi que a virilidade e a juventude foram questões que estavam relacionadas às concepções em torno da alimentação e influenciavam nas práticas alimentares dos idosos do estudo.

O contexto urbano da região da Grande Tijuca também incidiu sobre as formas de alimentação desse idoso, por ser uma região com grande diversidade de espaços para a realização das refeições, tanto ambientes formais como restaurantes, bares, lanchonetes, cafés, shopping center, praças de alimentação e também ambientes informais como barracas nas diversas praças da região oferecendo grande variedade de alimentos como pipoca, tapioca, sanduíche, entre outros. Além disso, nesse contexto urbano carioca há uma valorização do corpo magro, jovem e sem marcas da velhice. E a busca por essa jovialidade também foi observada no *habitus* dos idosos do estudo. E essa jovialidade, juntamente com a virilidade se articulam com a alimentação desse idoso, quando ele sai e vai realizar as refeições fora de casa, em um ambiente que também circulam jovens, quando ele assume posturas que são mais comuns entre os mais jovens a partir das roupas e de frequentar espaços como shopping, praças de alimentação, sair para comer pizza com amigos. Essas práticas o capitalizam e dá a ele um prestígio e distinção.

Ao mesmo tempo em que esse idoso circula nesses ambientes dos mais jovens ele também frequenta um grupo em que há apenas idosos. Essa circulação em diferentes ambientes é uma característica da diversidade da modernidade. Participar desse grupo também dá a esse idoso um prestígio. Porém, ao mesmo tempo em que essa participação

capitaliza esse idoso, ali também ele está sob uma normatividade que conduz o Programa. Na maior parte das atividades oferecidas há normas, ordens que o idoso tem que seguir para ser “saudável”, e ele reproduz, ou pelo menos diz que reproduz para continuar sendo aceito no grupo, mesmo que ele nem ao menos compreenda para que servem as normas. O que vimos foi que muitas vezes o idoso seguia as normas, o imperativo da alimentação saudável, mas que para ele tinham um sentido diferente do que o sentido para o profissional de saúde. Representava para o idoso um vínculo, uma possibilidade de estar no Programa, enquanto que para a nutricionista era a questão preventivista que estava sendo ali colocada nas ações de saúde.

Então ao mesmo tempo em que capitaliza, oprime o sujeito em termos de saúde e diminui a potência desse idoso de escolher o que quer comer porque ele não tem espaço para falar sobre suas escolhas e preferências. Diminui, portanto a capacidade do sujeito. O que é importante para o idoso, às vezes não é nem fazer o que a nutricionista está falando, mas é estar ali no programa de saúde, então ele segue as recomendações só para ficar no programa. O idoso está ali no programa, até gosta de participar, o que é uma possibilidade de melhorar as condições de saúde desse sujeito, mas os sentidos em torno da alimentação e saúde são diferentes para o idoso e para o profissional de saúde. Torna-se importante rever, desconstruir o discurso normativo da alimentação e nutrição dentro do Programa e abrir espaço para uma escuta desses idosos.

Outro ponto importante que deve ser considerado é o fato do programa ter apenas 5% de homens participando. O que observamos em nossa vivência é que, muitas vezes, os homens são culpabilizados por não participarem do programa, é dito que ele não tem uma preocupação com a saúde, mas o que vimos foi que a maioria das atividades oferecidas tem um caráter feminino. Há um modo de organização do programa e de suas atividades que é feminino. A equipe é composta em sua maioria por mulheres, é um programa feito por mulheres, para mulheres, o que repele a possibilidade do homem de entrar ali. E quando ele entra para participar, não tem interesse em participar das atividades desenvolvidas pela equipe de nutrição, pois a alimentação também é uma expressão desse jeito feminino de cuidar.

Os homens que vimos, circulando pela região da Grande Tijuca jogando dama, xadrez, carteado nas praças não são considerados como frequentadores de espaços de convivência, aquele espaço não é considerado terapêutico como os programas de saúde e UnATIs. Porém para esses homens esse é um espaço de saúde. Ali também há troca de informações, tem rede

de solidariedade e de apoio, assim como no programa. E para ele faz mais sentido, traz mais sentido de ser homes participar dessa atividade na praça do que ser institucionalizado em um programa com caráter feminino. A educação em saúde reforça a todo tempo essa questão de desenvolver e prolongar a autonomia dos idosos, quanto mais tempo esse idoso tem autonomia, mais ele tem saúde, então porque o idoso deve participar desse espaço que tem certo domínio, certo controle sobre ele? Vale pensar que autonomia é essa do sujeito que, quando não escolhe o modo do que é recomendado ele não é considerado saudável.

Se esse jogo de dama ou xadrez fosse realizado dentro de uma dessas instituições, aí sim ele seria considerado uma forma de promoção de saúde. Há uma medicalização e uma normatização muito mais do que a própria promoção da saúde. A própria política de atenção primária reconheceria esses jogos na praça como uma possibilidade de coesão social, de autonomia, de educação em saúde e o programa não considerara isso. Assim também se colocam as questões relativas à alimentação saudável. Quando o idoso relata que realiza as refeições fora do lar, como observamos no campo do estudo, causa espanto ao nutricionista, e essa não é considerada pelo profissional uma alimentação saudável. Porém o que vimos aqui é que, para esse idoso, o comer fora era considerado saudável, pois permitia coesão social, além dele se sentir mais jovem, que para ele é um valor relacionado à saúde.

O comer reveste-se de sentidos distintos. Conhecer as práticas alimentares de um grupo, observando o que se come, como se come, por que se come e com quem se come e em que são baseadas estas escolhas é um meio de conhecer aspectos da sociedade em que está inserido este grupo e as concepções formadas. A promoção de saúde de uma população requer tal compreensão. É importante então compreender de forma ampla essas questões que permeiam as concepções de alimentação saudável e os sentidos e significados em torno da alimentação para esses idosos para assim propor mudanças nas atividades desenvolvidas no Programa, pois são atividades importantes para essa população, valorizadas por eles, o que fica claro na vivência junto ao grupo.

REFERÊNCIAS

- AGRA DO Ó, A. Nobert Elias e uma narrativa acerca do envelhecimento e da morte. *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-400, 2008.
- ALMEIDA, V. L. V. Modernidade e velhice. *Serviço Social & Sociedade - Velhice e envelhecimento*, São Paulo, v. 24, n. 75, p. 35-54, 2003.
- ANDRADE, L. M et al. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2012. (Impresso).
- AREOSA, S. V. C. O que pensam as mulheres e os homens idosos sobre o seu envelhecimento? *Revista virtual Textos e Contextos*, v. 3, n.3, p. 1-12, 2004.
- ARIÉS, P. *História social da criança e da família*. 2. ed. Tradução de Dora Flaksman. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- AZEVEDO, E. Reflexões sobre riscos e o papel da ciência na construção do conceito de alimentação saudável. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 21, n.6, p.717-723, nov./dez., 2008.
- BARBOSA, L. Feijão com arroz e arroz com feijão: o Brasil no prato dos brasileiros. *Horiz. antropol.*, Porto Alegre, v. 13, n. 28, Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832007000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 maio 2013.
- BARBOUR, R. *Grupos Focais*. Porto Alegre: Artmed, 2009. (Pesquisa qualitativa).
- BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde, p. 51-86. In: FONSECA, A. F. (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- BEAUVOIR, S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BERZINS, M. A. V. S. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. *Serviço Social & Sociedade - Velhice e envelhecimento*, São Paulo, v. 24, n. 75, p. 19-34, 2003.
- BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- _____. *A distinção: crítica social do julgamento*. São Paulo: Edusp; Porto Alegre, RS: Zouk, 2007.
- _____. *A economia das trocas simbólicas*. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2009. (Estudos, 20).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Homem. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BULLA, L. C.; KAEFER, C. O. Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. *Revista Virtual Textos & Contextos*, v. 2, n. 2, dez. 2003.

CANESQUI, A. M. Antropologia e alimentação. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n.3, jun. 1988.

CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. Uma introdução à reflexão sobre a abordagem sociocultural da alimentação. In: _____. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 9-19.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CARVALHO, M. C. V. S.; LUZ, M. T.; PRADO, S. D. Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2011.

CASTANHEIRA, M.; SÁ CAVALCANTE, C. M. Construção de práticas alimentares e redução do risco de doenças crônicas na terceira idade In: VICENTIM, Andréa Abdala Frank. *Nutrição no envelhecer*. 2. ed. Rio de Janeiro: ATHENEU, 2012. v.1, p. 223-235.

COLLAÇO, J. H. L. Restaurantes de comida rápida, os fast-foods, em praças de alimentação de shopping centers: transformações no comer. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, n.33, 2004.

_____. Restaurantes: classificações e diálogos entre lógicas no cenário da capital paulista. In: MENASCHE, R.; ALVAREZ, M.; COLLAÇO, J. *Dimensões socioculturais da alimentação: diálogos latino-americanos*. Porto Alegre: Ed.UFRGS, 2012. p. 245-260.

CONTRERAS, J. H. Patrimônio e globalização: o caso das culturas alimentares. In: CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.129-145.

CONTRERAS, J.; GRACIA, M. *Alimentação, sociedade e cultura*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 496 p.

CORNEAU, G. Paternidade e Masculinidade. In: NOLASCO, S. (Org.). *A desconstrução do masculino*. Rio de Janeiro: Rocco, 1995. p. 43-52.

CORREA, M. R. *Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade: velhice e terceira idade* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 125 p. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 21 maio 2013.

COUTINHO, R. X.; ACOSTA, M. A. F. Ambientes masculinos da terceira idade. *Ciênc. saúde coletiva*, v.14, n. 4, p. 1111-1118, 2009.

DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: EDUSP, 1999.

_____. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: LINS DE BARROS, M. M. (Org.). *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006. p. 49-67.

DIEZ GARCIA, R. W. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 16, n. 4, dez. 2003.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cad. Pesqui.*, São Paulo, n. 115, mar. 2002. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742002000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2013.

ELIAS, N. *A solidão dos moribundos*. Seguido de “Envelhecer e morrer”. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2001.

FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. (Métodos de Pesquisa).

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 29. ed. Ed. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2011.

FRANÇA, M. C. C. C.; SIVIERO, J.; GUTERRES, L. S. Da banha de porco ao leite desnatado: um estudo antropológico sobre percursos e práticas alimentares entre idosos de um grupo de terceira idade. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, Porto Alegre, v.15, n. 1, p. 11-31, 2010.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Rev. Esc. Enferm.* São Paulo, v. 44, n. 2, p. 407-412, 2010.

GARDNER, D. *Risco: a ciência e a política do medo*. Trad. Léa Viveiros de Castro e Eduardo Sussekind. Rio de Janeiro: Odisséia, 2009.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GOLDENBERG, M. *Corpo, envelhecimento e felicidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

GOMES, R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. (Criança, Mulher e Saúde).

_____. *A saúde do homem em foco*. São Paulo: UNESP, 2010.

GOMES, R. *Saúde do homem em debate*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

GROISMAN, Daniel. A velhice, entre o normal e o patológico. *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, abr. 2002.

HECK, R. M.; LANGDON, E. J. M. Envelhecimento, relações de gênero e o papel das mulheres na organização da vida em uma comunidade rural. In: MINAYO M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Org). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p.129-51.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000*. Rio de Janeiro, 2002.

JARDIM, V. C. F. S.; MEDEIROS, B. F.; BRITO, A. M. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, 2006.

JARDIM, S. E. G. Aspectos socioeconômicos do envelhecimento. In: NETTO, M. P. *Tratado de gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 185-197.

JOMORI, M. M. et al. Detreminantes de escolha alimentar. *Rev. Nutr.*, Campinas, v.21, n. 1, p. 63-73, Jan/Fev., 2008.

JOMORI, Manuela M.; PROENÇA, Rossana P.C.; CALVO, Maria Cristina M. Escolha alimentar: a questão de gênero no contexto da alimentação fora de casa. *Caderno Espaço Feminino*, v.19, n.01, p.369-384, jan./jul. 2008.

KIMMEL, M. La producción teórica sobre La masculinidad: nuevos aportes. *Isis Internacional – Ediciones de lãs Mujeres*, n. 17, p. 129-138, 1992.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolescência Latino-Americana*, v. 2, n.2, p.1-16, 2001.

KUWAE, C. A. *Concepções de alimentação saudável de idosos que frequentam a Universidade da Terceira Idade*. Orientadora Maria Cláudia da Veiga Soares Carvalho. 2012. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004.

LEMOS, V. C. H. O valor da atividade não remunerada realizada por pessoas maiores de sessenta anos. In: SERVIÇO Social & Sociedade: velhice e envelhecimento. São Paulo: Cortez, v. 24, n. 75, p. 114-126, 2003.

LEVI-STRAUSS, Claude. O universo das regras. In: _____. *As estruturas elementares do parentesco*. Petrópolis: Vozes, 1976.

LIMA-COSTA, M. F. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. D. A. (Ed.). *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 499-514.

LINS DE BARROS, M. M. A velhice na pesquisa socioantropológica brasileira. In: Mirian Goldenberg. (Org.). *Corpo, envelhecimento e felicidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. v. 1, p. 45-64.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1986.

LUZ, M. T. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MALTA, M. T. B. P. *Avaliação das ações do Programa interdisciplinar de promoção à saúde e qualidade de vida do idoso – Grupo Renascer: a voz e a vez dos idosos*. 2013. Dissertação (Mestrado) - Fundação CESGRANRIO, 2013.

MALTA, M. T. et al. Programa de Assistência ao Idoso: a experiência do Grupo Renascer do hospital universitário Gaffrée e Guinle, UNIRIO. In: FIGUEIREDO, Nébia M. A. de; TONINI, Teresa. *Gerontologia: atuação da enfermagem no processo de envelhecimento*. 2 ed. São Paulo : YENDIS, 2012. v.1, cap. 14, p. 365-381.

MARQUES, F. D. C. *Vaidade física e o consumo na terceira idade*. Rio de Janeiro: Faculdades IBMEC, 2009.

MARQUES JUNIOR, J. S.; GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Mai. 2013.

MATTOS, R. S. *Fibromialgia e dor: um estudo de caso sobre mal-estar no trabalho e adoecimento*. 2011. 316f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

MEDEIROS, S. A. R. Como pensar a vida. In: SERVIÇO Social & Sociedade: velhice e envelhecimento, São Paulo: Cortez, v. 24, n. 75, p. 187-190, 2003.

MERCADANTE, E. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 73-76.

MERCADANTE, E. F. Velhice: a identidade estigmatizada. . In: SERVIÇO Social & Sociedade: velhice e envelhecimento, São Paulo: Cortez, v. 24, n. 75, p. 55-73, 2003.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 9-29.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA Jr., C. E. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MONSORES DE SÁ, N. *Discurso, biotecnologia e bioética: análise dos discursos morais acerca de células-tronco em mídia de massa*. Orientador Claudio Fortes Garcia Lorenzo. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

MORIN, A. *Pesquisa ação integral e sistêmica: uma antropologia renovada*. Tradução Michel Thiollent. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

MURARO, R. M.; BOFF, L. *Feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças*. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

NARDI, H. C. O Ethos masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: DUARTE, Luiz Fernando D.; LEAL, Ondina F. (Org.) *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.95-104.

NERY, A. A. et al. Concepção de saúde: visão de adolescentes do ensino fundamental de um município da Bahia. *Revista Saúde.Com*, v.5, n.1, p. 17-30, 2009.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BOGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 13, n. 3, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 mar. 2013.

NOLASCO, S. A desconstrução do Masculino: uma contribuição crítica à análise de gênero. In: _____. (Org.) *A desconstrução do masculino*. Rio de Janeiro: Rocco, 1995. p. 15-29.

OPAS, 2000. *Saúde, bem-estar e envelhecimento*. Disponível em: <<http://www.opas.gov.br>> Acesso em: 7 jun.2008.

ORLANDI, E. P. *Análise do discurso: princípios e procedimentos*. 10. ed. São Paulo: Pontes, 2012.

PAPALÉO NETTO, M. Ciência do envelhecimento: abrangência e termos básicos e objetivos. In: _____. *Tratado de gerontologia*. 2. ed. rev. amp. São Paulo: Atheneu, 2007. p 29-38.

_____ et al. Longevidade: desafio no terceiro milênio. *O Mundo da Saúde*, v. 23, n. 4, p. 594-607, 2005.

PEIXOTO, C. A Sociabilidade dos idosos cariocas e parisienses: a busca de estratégias para preencher o vazio da inatividade. *Rev. Bras. Ciências Sociais*, v. 10, n, 27, 1995.

_____. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idosos, terceira idade. In: BARROS, M. M. L.(Org.). *Velhice ou terceira idade?: estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006. p. 69-84.

ROHDEN, F. Capturados pelo sexo: uma medicalização da sexualidade masculina in dois momentos. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n. 10, outubro de 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2013.

SANTOS, M. F. S. A velhice na Zona Rural. Representação social e identidade. In: NASCIMENTO-SHULZE, C. (Ed.). *Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social*. Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia, 1996. p. 59-83.

SANTOS, G. D.; RIBEIRO, S. M. L. Aspectos afetivos relacionados ao comportamento alimentar dos idosos frequentadores de um centro de convivência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 313-322, 2011.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens na pauta da saúde coletiva. *Ciências & Saúde Coletiva*, v.10, n.1p. 7-17, 2005.

SENNETT, Richard. *A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, 2004.

SILVA, L. R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *Historia, Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 155-168, jan.-mar. 2008.

_____. Autonomia, imperativo à atividade e “máscaras da idade”: prerrogativa do envelhecimento contemporâneo? *Psicologia & Sociedade*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 128-134, 2009.

SORJ, B.; FONTES, A.; MACHADO, D. C. Políticas e práticas de conciliação entre família e trabalho no Brasil: issues and policies in Brazil. *Cad. Pesqui.*, São Paulo, v. 37, n. 132, Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742007000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2013.

STUCCHI, D. O curso da vida no contexto da lógica empresarial: juventude, maturidade e produtividade na definição da pré-aposentadoria. In: LINS DE BARROS, M.M. (Org.). *Velhice ou terceira idade?: estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006. pp. 35-46.

THIOLLENT, M. et al. *Extensão universitária: conceitos, métodos e práticas*. Rio de Janeiro. Ed. UFRJ, 2003. p.59.

TURA, L. F. R. et al. Representações sociais de saúde construídas por idosos do Oeste paraense. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p.743-752. 2011.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis,RJ: Vozes, 2003.

TUTTMAN, M. T. *Programa Interdisciplinar de Promoção à saúde e qualidade de vida do idosos – Grupo Renascer*. Rio de Janeiro, 2013.

VEDAN, R. M. Gênero, velhice e memória- um estudo sobre a velhice masculina no município de Ponta Grossa - PR. In: *Seminário Internacional Fazendo Gênero 9 - Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*. Florianópolis - SC. Anais Fazendo Gênero 9, 2010.

VELOZ, M. C. T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. *Psicol. Reflex. Crit.*, Porto Alegre, v.12,n.2, 1999.

VERAS, R. A longevidade da população: desafios e conquistas. In: *SERVIÇO Social & Sociedade: velhice e envelhecimento*. São Paulo: Cortez, v. 24, n. 75, p. 5-18, 2003.

VERAS, R. P; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, jun. 2004.

APÊNDICE A- Roteiro de entrevistas individuais

- Mora com quem
- Há quanto tempo mora sozinho
- Antes de morar só vivia com quem
- Onde mora
- E como é morar lá
- Quem é responsável pelas despesas da casa
- Como é a relação com a família
- Trabalhou durante a vida
- Como foi a aposentadoria
- Sentiu alguma mudança
- Costuma ir ao médico
- Quem prepara a comida
- Onde costuma realizar as refeições
- Fale um pouco sobre a alimentação
- Quem faz as compras
- Por que veio participar do Renascer
- Há quanto tempo participa
- O que acha do grupo

APÊNDICE B: Termo de consentimento livre e esclarecido*TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*

Eu, _____, abaixo assinado, declaro ter sido informado dos motivos para participar desta pesquisa.

Entendo que as informações prestadas por mim serão utilizadas no projeto de pesquisa **“Alimentação saudável no imaginário de homens idosos em um programa de saúde”**, desenvolvido pela Nutricionista Claudiane Monsores de Sá Cavalcante aluna do Programa de Pós Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em parceria com o Programa Interdisciplinar de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida do Idoso – *Grupo Renascer*, programa de extensão da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Declaro ter compreendido as explicações dadas pelo pesquisador que tem por objetivo compreender aspectos relacionados à alimentação dos integrantes do grupo através de entrevistas e encontros com alguns integrantes abordando assuntos como: estilo de vida, comportamento alimentar, trabalho e aposentadoria, gênero, motivação para frequentar o grupo, e serão consultados ainda os formulários respondidos na entrevista de ingresso ao Programa. Além disso, o pesquisador ficará observando os encontros semanais do grupo e fará registro fotográfico de algumas situações.

Compreendo que todas as entrevistas e os encontros serão gravados em áudio e que as fitas serão ouvidas pelo pesquisador e serão utilizadas somente para coleta de dados. Se eu não quiser ser gravado em áudio, não poderei participar deste estudo.

Fica claro que minha participação é totalmente voluntária e posso recusar-me a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo a minha pessoa. Não haverá desconfortos e riscos com a minha participação e a também não acarretará custos para mim e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

Entendo que os resultados poderão ajudar nas propostas de melhoria da assistência aos idosos atendidos pelo Programa. Estes resultados serão divulgados em revistas e livros,

sem identificação pessoal, resguardando sua privacidade. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Fica acordado que o pesquisador está a meu dispor, sempre que necessário, para esclarecer as minhas dúvidas e responder às perguntas que eu deseje fazer, para me ajudar a compreender quaisquer questões que possam surgir relacionadas ao tema de sua pesquisa.

Sendo assim, concordo em participar da pesquisa, mas sei que meu direito de não responder a qualquer pergunta será respeitado, se esta for minha decisão, não importando o(s) motivo(s).

Minha eventual recusa em participar não trará nenhum prejuízo e/ou constrangimento nos atendimentos que venha a necessitar, na rede de serviços de saúde do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, de de 20 .

Nome completo: _____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Qualquer dúvida entrar em contato com a pesquisadora Claudiane Monsores de Sá Cavalcante nos telefones (21) 9548-9222 ou (21) 2264-3406 ou email claudianems@yahoo.com.br.

Caso não consiga encontrar a pesquisadora, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-HUPE nos telefones (21) 2587-6353 / (21) 2264-0853 ou e-mail cep-hupe@uerj.br.

Você terá uma cópia deste consentimento para guardar com você.