



Universidade de Brasília

Repositório Institucional da Universidade de Brasília

repositorio.unb.br



Este artigo está licenciado sob uma licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

Você tem direito de:

Compartilhar — copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato.

Adaptar — remixar, transformar, e criar a partir do material.

De acordo com os termos seguintes:

Atribuição — Você deve dar o **crédito apropriado**, prover um link para a licença e **indicar se mudanças foram feitas**. Você deve fazê-lo em qualquer circunstância razoável, mas de maneira alguma que sugira ao licenciante a apoiar você ou o seu uso

Não Comercial — Você não pode usar o material para **fins comerciais**.

Sem restrições adicionais — Você não pode aplicar termos jurídicos ou **medidas de caráter tecnológico** que restrinjam legalmente outros de fazerem algo que a licença permita.



This article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

You are free to:

Share — copy and redistribute the material in any medium or format.

Adapt — remix, transform, and build upon the material.

Under the following terms:

Attribution — You must give **appropriate credit**, provide a link to the license, and **indicate if changes were made**. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.

NonCommercial — You may not use the material for **commercial purposes**.

No additional restrictions — You may not apply legal terms or technological measures that legally restrict others from doing anything the license permits.

Esta licença está disponível em: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

**HÁBITOS SAUDÁVEIS NA VELHICE: EFEITOS DE UMA INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA COM HOMENS IDOSOS
HEALTHY LIFESTYLES IN OLD AGE: EFFECTS OF PSYCHOEDUCATIONAL INTERVENTION WITH OLDER MEN**

Lilian Maria Borges ¹  & Eliane Maria Fleury Seidl ²

¹ Departamento de Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, Brasil; ² Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília-DF, Brasil

RESUMO- O presente estudo teve por objetivo investigar os efeitos de uma intervenção psicoeducativa em grupo que foi planejada para fortalecer o autocuidado em idosos do sexo masculino. Participaram treze homens recrutados em um Centro de Convivência para Idosos em funcionamento em uma universidade privada localizada em Brasília, Brasil, com idades entre 62 e 78 anos ($M= 69,5$), todos eles casados, alfabetizados, aposentados e com doenças crônicas. Dados referentes aos hábitos de vida dos idosos foram obtidos mediante entrevistas individuais conduzidas antes e após o engajamento destes em nove encontros temáticos em grupo embasados no modelo cognitivo-comportamental. Os resultados evidenciaram o fortalecimento, no repertório comportamental dos participantes, da prática de exercícios físicos, de um padrão de alimentação saudável e de comportamentos assertivos, além da maior ênfase em crenças quanto aos benefícios de condutas promotoras de saúde. A intervenção mostrou-se vantajosa para maximizar hábitos de vida saudáveis, embora tenha evidenciado efeitos maiores para sensibilização e manutenção do que para modificação de comportamentos.

Palavras-chave - Idosos, homens, intervenção psicossocial, hábitos saudáveis.

ABSTRACT- The present study aimed to investigate the effects of a psycho educational intervention designed to strengthen self-care in older men. Participated thirteen men of an social center for elderly in operation at a private university located in Brasilia, Brazil, ages 62 to 78 years ($M = 69.5$). All of them were married, literate, retired and with chronic diseases. Data relating to the habits of life of the elderly were obtained through individual interviews conducted before and after the engagement of these in nine thematic group meetings grounded in cognitive-behavioral model. The results showed the strengthening of physical exercise, healthy eating and assertive behaviors by participants, as well as greater emphasis on beliefs about the benefits of health-promoting behaviors. The intervention was useful to maximize healthy habits, although it has larger effects to sensitize and maintain than to change behaviors.

Key- words - Elderly, men, psychosocial intervention, healthy habits.

 Departamento de Psicologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Rua Arthur Possolo, nº 51, Apto 103, Recreio de Bandeirantes, Rio de Janeiro – RJ, Brasil, CEP 22790-220. Telef.: 55 (21) 3936-9226, (21) 96719-9226. E-mail: limaborgesg@gmail.com; lborgesufrj@gmail.com.

Recebido em 18 de Setembro de 2013/ Aceite em 9 de Junho de 2014

Alterações nos padrões de morbimortalidade aliadas ao fortalecimento do modelo biopsicossocial evidenciaram a necessidade de uma maior contribuição da ciência psicológica às questões de saúde e doença. Nesse cenário, destaca-se o surgimento, no final da década de 1970, da Psicologia da Saúde, campo de conhecimentos e práticas ao qual foi atribuído os objetivos de colaborar para a promoção e a manutenção da saúde, bem como para a prevenção e o tratamento de doenças. Em atuação conjunta com profissionais de outras especialidades, os psicólogos que pautam suas práticas conforme estes objetivos buscam, em âmbito individual ou coletivo, favorecer a aquisição de repertórios de comportamento apropriados à saúde e ao enfrentamento de doenças, bem como a modificação de comportamentos de risco para agravos a saúde (Marks, Murray, Evans, & Willig, 2000). Atualmente, observa-se uma ênfase crescente na saúde comunitária e na promoção da saúde.

A promoção da saúde compreende a combinação de apoios educacionais e ambientais que visam promover ações conducentes à saúde e favorecer o empoderamento (*empowerment*) da comunidade, de modo a dotá-la em seu cotidiano de autonomia para o enfrentamento de problemas e a aquisição de hábitos de vida saudáveis (WHO, 1986). As estratégias de promoção da saúde pressupõem auxílio ao indivíduo ou grupo na identificação e satisfação de suas necessidades, na criação de ambientes saudáveis e no desenvolvimento de competências pessoais e sociais (Sícoli & Nascimento, 2003).

A prevenção, por sua vez, implica em ações antecipadas para impedir a ocorrência de fatos prejudiciais à saúde e – no caso de sua ocorrência –, evitar a progressão de seus efeitos. Inclui ações de promoção da saúde e medidas específicas para evitar certos agravos (prevenção primária); ações voltadas para a redução dos riscos ou severidade de doenças mediante diagnóstico precoce e tratamento oportuno (prevenção secundária) e ações realizadas para minimizar as conseqüências de doenças ou distúrbios já instalados (prevenção terciária) (Brown et al., 2002). Em prevenção primária, parte-se do pressuposto de que o comportamento do indivíduo desempenha, em curto ou em longo prazo, papel de destaque em seus processos de saúde e doença, contribuindo para o surgimento de vários agravos que causam morte prematura ou trazem prejuízos para a qualidade de vida. No entanto, ajudar as pessoas a mudar com êxito comportamentos de risco e a adotar padrões de comportamento saudáveis constitui uma tarefa complexa.

O Modelo Transteórico (*Transtheoretical Model*), que serviu de base para a composição do referencial teórico-metodológico do presente trabalho, reconhece diferenças entre os indivíduos quanto à prontidão para mudanças rumo à aquisição e manutenção de condutas que podem melhorar a saúde. O modelo fundamenta-se na premissa de que a adoção de um comportamento de saúde é um processo dinâmico que abarca cinco estágios pelos quais a pessoa progride, com avanços e retrocessos, até alcançar mudanças em seus hábitos de vida: 1. pré-contemplação, em que não se reconhece a necessidade ou mostra-se resistência em realizar a mudança comportamental; 2. contemplação, em que se reconhece os benefícios e contempla-se a possibilidade de mudança dentro dos próximos seis meses, mas não há ainda um plano para a ação; 3. preparação, em que se intenciona mudar o comportamento num futuro próximo e já se

realiza alguns passos nesta direção; 4. ação, em que se modifica o comportamento ou o ambiente e mantém-se a mudança por um período de até seis meses; e 5. manutenção, em que se mantém a mudança comportamental ocorrida a, no mínimo, seis meses, agindo de modo a prevenir recaídas e a consolidar os ganhos obtidos (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992; Prochaska & Velicer, 1997).

Os conceitos principais e estágios do Modelo Transteórico (MT) têm fornecido diretrizes para programas de intervenção aplicados a vários comportamentos prejudiciais a saúde, como o tabagismo e o abuso de álcool. As intervenções são planejadas de acordo com as necessidades psicológicas relacionadas ao estágio em questão e buscam aumentar a consciência do indivíduo sobre causas e consequências do comportamento de risco mediante *feedback* e estratégias educativas (Prochaska & Velicer, 1997). Entre idosos, Nigg et al. (1999) identificaram a pré-contemplação como o principal estágio a ser alvo de intervenções quando a meta era perder peso, usar protetor solar e praticar exercícios. Por outro lado, uma parcela expressiva dos 1.615 idosos entrevistados neste estudo revelou encontrar-se no estágio de manutenção em relação a importantes comportamentos de saúde.

A adoção de estilos de vida específicos, incluindo exercício físico regular e abstenção do comportamento de fumar, apresenta benefício potencial para a preservação da saúde e da independência dos idosos. Nessa perspectiva, tornam-se importantes ações diversas e efetivas para promover o envelhecimento saudável. Por conseguinte, vários programas têm sido dirigidos a esse segmento da população com o propósito de oferecer-lhes atividades grupais orientadas para a promoção da saúde ou para a prevenção e controle de enfermidades. Em grupos, são abordadas questões referentes, por exemplo, a nutrição e a atividade física e os idosos são auxiliados a integrar as orientações fornecidas em suas rotinas (Assis, Hartz, & Valla, 2004; Bode & Ridder, 2007; Dapp, Anders, von Renteln-Kruse, & Meier-Baumgartner, 2005).

Todavia para que os programas de promoção da saúde na velhice alcancem a eficácia almejada torna-se crucial compreender envelhecimento e saúde em uma perspectiva de gênero (Lunenfeld, 2002; Stlin, Eckermann, Mishra, Nkowane, & Wallstam, 2007). O termo gênero é usado para assinalar as diferenças entre homens e mulheres que são relativas a características construídas socialmente nas diferentes culturas e que envolvem atitudes, sentimentos, valores, condutas e atividades vinculadas à definição do masculino e do feminino (Laurenti, Jorge, & Gotlieb, 2005).

As construções sociais moldaram, ao longo do processo de socialização, uma forma de ser e agir de acordo com o sexo biológico do sujeito e em conformidade com os padrões esperados (Silva, 2006). As sociedades ocidentais desprezaram, assim, as construções singulares e passaram a descrever o sujeito por meio de modelos normativos. Nas concepções dominantes do masculino, representadas pelo modelo patriarcal, ser homem é tido como ser racional, ativo, provedor, poderoso, forte, protetor, violento, decidido, corajoso, invulnerável e com corpo resistente (Braz, 2005; Gomes & Nascimento, 2006). Tal identidade de gênero revela uma naturalização do poder masculino, sem a devida contextualização do significado de “ser homem”.

Essa masculinidade idealizada, ao defender a invulnerabilidade e uma sexualidade instintiva, tende a gerar comportamentos pouco saudáveis ou de risco e, assim, predispõe os homens a

certas doenças, lesões e mortes (Braz, 2005; Figueiredo, 2005; Lee & Owens, 2002). De fato, o ideal heroico de ser do homem coloca-o numa posição de vulnerabilidade física e psíquica para aquisição e agravamento de doenças, que se revela na baixa adoção de práticas de autocuidado, na postergação da busca por serviços médicos e na dificuldade de verbalizar as próprias necessidades de saúde (Figueiredo, 2005).

Não obstante, parece existir uma lacuna entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas de saúde, sobretudo em atenção primária, o que pode culminar na invisibilidade dos homens nos serviços de assistência à saúde (Couto et al. 2010; Gomes et al., 2011; Schraiber et al., 2010). Esta invisibilidade masculina é muitas vezes produzida ou reforçada pela expectativa dos próprios profissionais, que assumem o estereótipo de que os homens não cuidam de si e não procuram os serviços. Dessa forma, comumente deixam de estimulá-los a praticar ações de promoção e prevenção. É necessário, por conseguinte, identificar e acolher suas necessidades e demandas, de modo a oferecer-lhes estratégias especiais de assistência.

Nessa perspectiva, torna-se urgente conhecer os determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, assim como abordar as questões masculinas nos programas de intervenção em saúde (Schraiber, Gomes, & Couto, 2005). É nessa linha de investigação que se situa a presente pesquisa, desenvolvida com o objetivo de averiguar, a partir de indicadores verbais, os efeitos de uma intervenção psicoeducativa realizada com um grupo de homens idosos sobre o fortalecimento de hábitos de vida saudáveis. Ou seja, buscou-se compreender como, a partir de conhecimentos e estratégias psicológicas, é possível auxiliá-los a ampliar seus repertórios de cuidados a si mesmos, em especial prática regular de exercícios físicos, hábitos alimentares adequados, regulação emocional e comportamento assertivo.

MÉTODO

Participantes

O estudo contou com a participação voluntária de treze homens entre 62 e 78 anos de idade ($M = 69,5$), aposentados, casados e portadores de pelo menos um tipo de adoecimento crônico, com prevalência de doenças cardiovasculares e diabetes. Estes senhores foram recrutados em um Centro de Convivência para Idosos (CCI) de uma universidade privada do Distrito Federal, onde frequentavam aulas de informática e espanhol e/ou realizavam atividades físicas como natação, hidroginástica e musculação. No presente trabalho, eles foram designados por nomes fictícios, de modo a preservar suas identidades.

Material

Para os fins da pesquisa, foi construído e testado um questionário composto de 32 questões abertas e fechadas, distribuídas em cinco partes, denominado Questionário de Avaliação da Saúde do Homem Idoso – QUASHI. O instrumento visa a coleta de informações junto aos respondentes acerca dos seguintes aspectos: condições pessoais de saúde e doenças autorreferidas, concepções de envelhecimento saudável, frequência de busca a serviços de saúde e de comportamentos preventivos, fatores que facilitam ou dificultam o autocuidado, e

metas de saúde. As propriedades psicométricas do questionário não foram testadas, mas sua clareza e objetividade foram avaliadas em um estudo piloto.

Os dados utilizados neste artigo foram provenientes do conjunto de questões elaboradas para verificar os tipos e a frequência de comportamentos emitidos na busca por um envelhecimento saudável, tais como praticar exercícios físicos; alimentar-se de frutas, verduras e fibras; evitar ou diminuir o consumo de sal, açúcar e gordura; usar proteção à exposição ao sol; seguir as orientações dos profissionais de saúde; fazer coisas que ajudam a relaxar e expressar sentimentos e necessidades. As respostas autorrelatadas foram registradas em escala *Likert* de quatro pontos.

Procedimento

A pesquisa foi desenvolvida em cinco etapas. Na etapa inicial, foram realizadas atividades preparatórias para a coleta de dados, incluindo contatos institucionais, aprovação do projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa, o estudo piloto do QUASHI e acesso a possíveis participantes a partir de uma lista nominal fornecida pela coordenadora do CCI. A segunda etapa, correspondente ao levantamento da linha de base, compreendeu o agendamento de avaliações individuais, que foram realizadas em salas com isolamento acústico e livres de interrupções. Nestes encontros, houve a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a aplicação do QUASHI, que ocorreu com o auxílio da pesquisadora mediante leitura de cada questão em voz alta e registro em áudio das respostas apresentadas.

Finalizadas as avaliações iniciais, deu-se início à intervenção em grupo, cujo foco recaiu sobre cuidados gerais com a saúde e comportamentos preventivos capazes de contribuir para o impedimento, diagnóstico precoce ou controle de doenças prevalentes entre o segmento idoso da população. Nove sessões psicoeducativas com embasamento cognitivo-comportamental foram conduzidas com periodicidade semanal e duração aproximada de 90 minutos cada uma, norteadas por temas geradores pré-definidos, tais como os determinantes da saúde do homem; o adoecer e o cuidar de si; a importância da prevenção e habilidades sociais assertivas. As estratégias de trabalho em grupo utilizadas consistiram em fornecimento de informações, discussões em grupo, com troca de informações e experiências; uso de materiais educativos, escritos ou em vídeo; dramatizações; vivências e técnicas de grupo.

Após o término das sessões grupais, ocorreu a quarta etapa do estudo, referente à avaliação pós-intervenção, com agendamento e condução de novas entrevistas individuais mediante a utilização de uma versão simplificada do QUASHI. Como quinta e última etapa, foram conduzidas avaliações de seguimento quatro meses após o término das intervenções.

Com o livre consentimento dos idosos, as respostas ao questionário, em todas as etapas de sua aplicação, foram gravadas em áudio e, posteriormente, foram transcritas integralmente para favorecer a análise das informações concedidas. Os relatos coletados mediante questões abertas foram submetidos à análise de conteúdo, segundo o modelo de Bardin (2002), com categorização e contagem de frequências.

Modificações no repertório comportamental dos idosos quanto à aquisição ou ampliação de práticas preventivas foram organizadas e analisadas de modo quantitativo e qualitativo tendo por base os relatos fornecidos nos três momentos de avaliação da pesquisa – linha de base, pós-

intervenção e seguimento. Com embasamento no Modelo Transteórico - MT, as informações coletadas foram categorizadas de acordo com o relato de intenção de mudança ou de emissão de condutas importantes para a promoção, manutenção ou recuperação da saúde.

RESULTADOS

Na avaliação das ações de autocuidado emitidas pelos integrantes do estudo, a adoção de hábitos de vida favoráveis à saúde abarcou a prática regular de exercícios físicos e a manutenção de padrão alimentar saudável, bem como a regulação emocional e a assertividade nas relações sociais.

Prática de exercícios físicos

A prática de exercícios físicos estava incorporada ao cotidiano da maioria dos entrevistados, antes e após as intervenções. A principal modalidade de exercício desempenhada era a caminhada regular, mencionada por dez deles. Outros tipos de atividades relatadas foram hidroginástica ($n=7$), natação ($n=1$), musculação ($n=2$) e dança ($n=1$). Seis idosos, em todas as entrevistas, avaliaram-se, em escala de quatro pontos, como frequentemente ativos. Estes idosos, em geral, evidenciaram a crença na influência positiva do exercício sobre o estado pessoal de saúde, além de cultivarem a percepção do próprio vigor e condicionamento físicos como elevados. Nesses casos, a principal estratégia utilizada na intervenção foi o reforçamento dos comportamentos alvo. Constatou-se a manutenção desse padrão de comportamento, relativa à continuidade dos exercícios e evidências, em três casos, do fortalecimento do nível de atividades, com o acréscimo de outros exercícios além da caminhada.

Para seis participantes, a meta principal estabelecida para a intervenção consistiu em aumentar a frequência semanal de exercícios físicos, mediante a valorização de um padrão de vida ativo e ao estímulo para maior engajamento em alguma modalidade de exercício. Esses idosos declararam realizar exercícios físicos em frequência menor do que três vezes por semana ou de modo irregular. No entanto, sinalizaram intenção de iniciar ou retomar padrões regulares de atividade física (estágio de contemplação no MT). Na avaliação de seguimento, três destes idosos afirmaram o aumento de práticas como natação, hidroginástica e caminhadas, indo de frequência moderada para alta. Por outro lado, dois idosos, após aumento na realização de exercícios, conforme relato fornecido logo após a intervenção, indicaram decréscimo nesta prática na avaliação seguinte, o que foi justificado por mudanças recentes em suas rotinas. Outro idoso continuou no estágio de contemplação, já que demonstrou não ter realizado mudanças em seus níveis de exercícios físicos, embora tenha indicado ainda planejar fazê-lo.

Alimentação saudável

Em relação à alimentação, foi investigado o hábito dos participantes quanto à quantidade e à frequência do consumo de alimentos tanto prejudiciais como favoráveis à saúde. Nove deles julgaram que, de modo frequente, consumiam alimentos recomendados do ponto de vista nutricional (vegetais, frutas, verduras e cereais) e cinco afirmaram hábitos já consolidados de

controle de açúcar, sal e/ou gorduras, motivados, em grande parte, por restrições alimentares em planos de tratamento pessoais e/ou de suas esposas. Para estes idosos, houve reforço contingente às declarações de práticas condizentes com o padrão alimentar necessário à manutenção da saúde e ao controle de doenças. Verificou-se maior atenção ao consumo alimentar nos relatos pós-intervenção.

No entanto, oito idosos evidenciaram dificuldades para evitar ou moderar a ingestão de açúcar, sal e/ou gorduras ou para reduzir a quantidade diária de calorias consumidas. Para esses participantes, a mudança no padrão de alimentação constituiu uma das metas da intervenção, com estímulo e orientações para adoção de uma dieta mais saudável. Os estágios iniciais identificados foram a contemplação e a preparação, pois todos eles manifestaram intenção de melhorar a qualidade de seus hábitos alimentares, com dois deles já apresentando iniciativas nessa direção.

Nas avaliações que se seguiram às sessões grupais, foram observadas mudanças comportamentais em seis dos participantes alvo dessa meta, confirmadas nas avaliações de seguimento. Por exemplo, Berilo (75 anos) adotou a estratégia de controle de estímulos, evitando a compra de doces. Oscar (70 anos), incitado pela descoberta recente do diagnóstico de diabetes, recorreu à ajuda de uma nutricionista, que o auxiliou no processo de reeducação alimentar. Gastão (62 anos) conseguiu realizar mudanças em sua alimentação e nível de atividades físicas, obtendo uma redução de aproximadamente cinco quilos em seu peso. Um caso aparte foi o de Franco (78 anos), cujo esforço inicial para o alcance de uma alimentação saudável, comunicado logo após a intervenção, foi inibido devido a problemas pessoais que alteraram sua rotina com reflexos sobre sua alimentação, em termos não somente da qualidade, mas sobretudo dos horários das refeições.

Regulação emocional

Três idosos relataram histórico de depressão e outros três se descreveram como mais sensíveis no momento atual de suas vidas, atribuindo o fato à ocorrência de seus agravos à saúde ou ao próprio envelhecimento. Sete participantes se descreveram como nervosos ou ansiosos em situações de estresse cotidiano ou de conflitos familiares, evidenciando dificuldades no controle emocional. Dois deles inclusive associaram efeitos do estado emocional sobre o agravamento de seus sintomas físicos. Exemplo: *“O problema da pressão é problema de ansiedade, quando eu fico ansioso, assim qualquer coisa, eu noto que a pressão sobe”* (Edgar, 69 anos). A meta de buscar maior autocontrole emocional foi comum a estes idosos, que mostraram estar no estágio da contemplação, com sinalização do desejo e crença na própria capacidade de alcançarem maior controle da ansiedade ou da raiva.

Nas sessões em grupo, foram discutidas as relações entre o estado emocional e o comportamento, bem como foram levantadas estratégias possíveis na busca por melhor controle das próprias emoções. Ao final, quatro idosos se descreveram como menos ansiosos. Um relato ilustrativo das mudanças foi o de Eusébio (63 anos): *“Eu era nervoso no trânsito, hoje eu tô calmo. Em casa também, se eu chegava e via as louças sujas na pia, eu ficava nervoso, ficava estressado. Hoje não. Não fico mais. Então, graças a Deus, tô conseguindo controlar”*.

Gastão (62 anos) teve como meta específica para ele a redução de suas queixas e lamentações acerca de perdas recentes em sua vida, incluindo a perda da condição de sadio e do status de

trabalhador formal decorrentes de doença cardiovascular e, conseqüente, aposentadoria por invalidez. Prevalencia, em comparação aos seus pares, uma visão mais pessimista frente à vida e uma tendência a imputar suas dificuldades a variáveis externas, atribuindo-as quase sempre a problemas financeiros, a falta de tempo ou a terceiros, sem implicar-se no processo quanto à busca de novas oportunidades. Manifestava a crença de que a pessoa somente pode ser considerada útil se goza de perfeitas condições físicas e desempenha trabalhos socialmente reconhecidos. Como intervenção, houve estímulo para adoção de formas alternativas de expressar suas emoções e dores, bem como para iniciativas na busca de novas atividades. Após as sessões grupais, ele apresentou reflexões acerca do seu padrão de comportamento queixoso e cogitou a possibilidade de realizar novas atividades e cursos, com levantamento de alternativas para modificar sua situação presente.

Habilidades sociais assertivas

Vários idosos evidenciaram dificuldades em assertividade. Oito deles declararam que apenas raramente expressavam o que estavam sentindo, mesmo para seus familiares. Nove afirmaram que raramente ($n=6$) ou nunca ($n=3$) recorriam deliberadamente à ajuda de outras pessoas, isto ocorrendo em geral apenas em casos de grande necessidade e como último recurso. A assertividade, entendida como a ação de defender direitos e expressar opiniões e sentimentos sem agressividade ou passividade, foi afirmada como frequente apenas por três idosos. Os demais a exercia apenas às vezes, raramente ou mesmo nunca. A estas dificuldades correspondeu a meta de aumentar a emissão de comportamentos assertivos, comum a nove idosos que mostravam limitações para expressar sentimentos e necessidades, dizer “não” e/ou defender os próprios direitos. Raramente ou nunca expunham seus sentimentos quando contrariados ou em sofrimento, descrevendo-se como reservados, precavidos ou fechados. Por exemplo: “*Eu sei que ninguém vai me recriminar, mas eu sinto assim pra dentro. (...) às vezes eu faço igual jabuti, recolho a cabeça*” (Ozias, 73 anos). Esses idosos, em geral, declararam não ter intenção de ampliar a exposição de suas necessidades e opiniões a outras pessoas do entorno, alegando como motivos para isso evitar conflitos e não aborrecer parentes ou amigos.

Como estratégia de intervenção, houve discussão e oferecimento de modelos sobre modos de agir assertivo e incentivo à prática da expressão e defesa dos próprios sentimentos, opiniões e direitos. Ao final, Artur (66 anos) relatou ações com evidências de comportamento assertivo. Exemplo: “*Eu já sofri muito assim por não discordar das coisas erradas. Mas hoje eu sou mais seguro (...). Eu tive muito problema assim por causa do não dizer não, já tive muito prejuízo (...). Eu tô me reservando mais sabe*”.

Quatro outros idosos também trouxeram, nas entrevistas pós-intervenção e/ou de seguimento, relatos de comportamentos assertivos. Exemplos:

(...) a pessoa dava opinião e eu aceitava, porque eu tinha assim aquele receio de ofender a pessoa, sabe? Mas depois mudou. Pensei "que negócio é esse? Vou ser covarde comigo mesmo? Não, tá errado" Agora não. Se eu estou certo, tenho certeza, digo "Não é assim não." Aí dou a minha opinião. (Sérgio, 63 anos)

Ultimamente, eu não tô suportando, por exemplo, ficar calado diante de tudo não. Pisou no meu calo, na medida do possível eu dou resposta. Sem estressar, numa

boa. Antes, eu ouvia, sofria calado, ficava magoado. Agora eu sou igual qualquer outro. (Oscar, 70 anos)

Vale destacar ainda que, tanto após o término das intervenções quanto no seguimento, quatro idosos enfatizaram espontaneamente a importância do saber ouvir de forma empática e atenciosa e de considerar e respeitar as opiniões dos demais.

DISCUSSÃO

Os participantes dessa pesquisa destacaram o idoso como responsável pela sua própria saúde e evidenciaram disposição para implementar ou manter comportamentos de saúde em geral, com ênfase nos benefícios potenciais das medidas destinadas a reduzir ameaças à saúde. Em sua maioria, eles estavam engajados em exercícios físicos de modo regular e, correspondendo à expectativa, mantiveram ou intensificaram suas rotinas de exercícios, em especial a caminhada regular. Nas comparações do estilo de vida ativo entre os gêneros tem sido constantemente verificado que a prática de exercícios físicos é mais frequente entre os homens, com as mulheres adotando um estilo de vida mais sedentário (Benedetti, Borges, Petroski, & Gonçalves, 2008; De Vitta, Neri, & Padovani, 2006; Ribeiro, Neri, Cupertino, & Yassuda, 2009).

A atividade física constitui um elemento crucial para o envelhecimento bem-sucedido, já que promove melhor saúde e ajuda os idosos a permanecerem independentes (Depp & Jeste, 2009; Franklin & Tate, 2009). O hábito do exercício na velhice coopera para melhorar o desempenho em atividades de vida diária, o controle de doenças crônicas, o senso de controle e de autoeficácia e a autopercepção de saúde (De Vitta et al., 2006; Ribeiro et al., 2009). Tem sido verificado ainda que o envolvimento dos idosos em exercícios físicos está associado à incidência menor de demências e depressão (Benedetti et al., 2008; Larson et al., 2006).

A evidência dos benefícios do estilo de vida ativo destaca a importância da inclusão de orientações e estratégias para estímulo à prática regular de exercícios físicos nos programas educativos voltados para idosos, o que requer a consideração de suas crenças, respostas emocionais e sintomas físicos sobre esse tema. As intervenções podem incluir o treino de habilidades autorregulatórias relativas ao estabelecimento de metas, automonitoração e autorreforçamento, bem como levar os idosos a reconhecerem e modificarem pensamentos e interpretações errôneas acerca dos exercícios (Schneider, Cook, & Luke, 2011).

Em relação ao padrão alimentar, vários participantes evidenciaram crenças e práticas condizentes com uma alimentação saudável. Segundo Nigg et al. (1999), a manutenção de dieta pobre em gorduras e rica em fibras aumenta com o avançar da idade, sugerindo que os idosos são mais preocupados com seu comportamento alimentar do que os mais jovens. No entanto, os cuidados com a alimentação eram delegados pelos participantes, em grande parte, a suas esposas e a restrição a certos tipos de alimentos era consequência frequente da necessidade de conter o avanço de doenças. Drummond e Smith (2006) pontuam que, devido à forma como a masculinidade tem sido construída socialmente, os homens mostram-se pouco cientes de sua nutrição pessoal e delegam a suas esposas a escolha e o preparo de alimentos, evidenciando valores patriarcais e fragilidades em caso de viuvez.

Nas sessões grupais, foi evidenciada e discutida a relação entre emoções e comportamento e apontadas estratégias gerais de enfrentamento de situações estressoras. Não foram empregadas técnicas específicas para manejo da ansiedade ou do estresse. Ainda assim, verificou-se o relato de alguns idosos, após a participação no grupo, quanto a estarem sentindo-se menos ansiosos em situações de estresse cotidiano. Gastão foi o idoso com maior dificuldade nesta área, exibindo um padrão de comportamento caracterizado por queixas e pessimismo. Ao final do trabalho, ele próprio declarou-se mais calmo e evidenciou reflexões sobre a inutilidade de suas lamentações do ponto de vista da resolução de seus problemas, bem como planejou a busca de novos cursos e atividades. De acordo com Figueiredo et al. (2007), a baixa autoestima vivenciada por alguns homens parece atrelada a condições vivenciadas no processo de envelhecimento, como o acometimento por doenças crônicas e a aposentadoria, que podem implicar em perda ou diminuição de aspectos valorizados na socialização masculina, incluindo poder, autonomia econômica e liberdade. Esse pareceu ser o caso de Gastão, que mostrou dificuldades de adaptação a perdas decorrentes da aposentadoria por invalidez. Agravava esta situação o fato dele perceber baixo suporte social, inclusive em seu meio familiar.

Na área das habilidades sociais, os participantes demonstraram tentativas de alcançar um estilo de interação mais assertivo. Carneiro e Falcone (2004) averiguaram que as situações sociais em que os idosos manifestam comportamentos habilidosos são, em sua maioria, aquelas que não envolvem conflitos de interesse e que não demandam lutar pelos próprios direitos. No entanto, é preciso mais investigações acerca dos déficits em habilidades sociais entre homens idosos, já que em tal estudo os entrevistados eram predominantemente do sexo feminino (90%). Outros autores ressaltam os papéis de gênero na relutância dos homens em buscar ajuda e em evitar a expressão emocional (Gannon, Glover, O'Neill, & Emberton, 2004; Lee & Owens, 2002).

A maioria dos idosos afirmou ganhos em habilidades sociais oriundos da própria participação no grupo, em especial a diminuição da timidez para falar em público, o aumento da empatia e da capacidade de escuta e a maior aceitação de diferenças comportamentais e de opinião observadas nos colegas. Isso mostra que o trabalho em grupo constitui um espaço importante para a aprendizagem e o exercício de comportamentos sociais. As oportunidades para engajamento social tornam-se especialmente importantes para os homens quando eles não cultivaram habilidades necessárias para desenvolver novas redes sociais na vida tardia.

A intervenção implementada nesta pesquisa representa uma alternativa de educação participativa com idosos ancorada no modelo biopsicossocial preconizado pela Psicologia da Saúde. Propostas como esta permitem romper com o enfoque tradicional de atenção a idosos, centrado em doenças, e fomentar cuidados de saúde que lhes possibilitem, de forma ativa, evitar ou amenizar limitações provenientes do envelhecimento e de processos de doença.

O conjunto dos dados obtidos revelou que a intervenção psicoeducativa foi útil para sensibilizar os participantes acerca das vantagens de engajar-se em um estilo de vida saudável. As experiências no grupo atuaram para reforçar e legitimar suas práticas ou para sensibilizá-los a respeito de novas e desejáveis mudanças. No entanto, é importante destacar que os idosos participantes mostraram previamente já serem bons cuidadores de si mesmos, partindo de frequências elevadas nos comportamentos que se pretendia avaliar e modificar. Esse dado impõe a necessidade de adaptações no planejamento de intervenções futuras voltadas para idosos com características diferenciadas, em especial aqueles viúvos, que residem sozinhos, e

com menor escolaridade, os quais possivelmente trariam necessidades e demandas decorrentes de outras possíveis vulnerabilidades.

Nesse sentido, o ideal teria sido contar com idosos detentores de maiores dificuldades quanto à aquisição ou manutenção de comportamentos preventivos. No entanto, o acesso a idosos com esse perfil na comunidade revela-se difícil, considerando que o recrutamento destes requer estratégias especiais para mobilização e manutenção de suas presenças ao longo de várias semanas de intervenção. Desse modo, pode-se apontar como uma limitação da pesquisa o fato do recrutamento dos participantes não ter ocorrido de modo aleatório e de não ter sido utilizado um grupo controle na avaliação dos efeitos da intervenção.

Há que se considerar, por outro lado, que as maiores possibilidades de desenvolvimento de trabalhos voltados para a promoção da saúde ocorrem em contextos institucionais, dada a necessidade de estrutura física e recursos humanos para o desenvolvimento das atividades. Assim, torna-se urgente pensar em estratégias de captação de idosos na comunidade, sobretudo homens, levando-os a tomar conhecimento da existência de projetos sociais e a reconhecerem os benefícios potenciais da própria participação.

Outras limitações do estudo estiveram associadas ao delineamento e à metodologia utilizados: a repetição das avaliações em momentos diferentes pode ter constituído um estímulo a mais para a mudança comportamental; a abrangência da intervenção dificultou medir os efeitos de cada tipo de abordagem temática e metodológica adotada; a provável propensão em apresentar respostas de maior aceitação social (desejabilidade social), comum em medidas de autorrelato, pode ter influenciado a fala dos entrevistados, mesmo que cuidados tenham sido tomados para evitar este tipo de influência.

Os resultados deste estudo reforçam a possibilidade dos homens, tanto quanto das mulheres, envolverem-se em processos grupais educativos, com engajamento na discussão de temas que usualmente não são tidos como de seus interesses e em atividades de ajuda mútua e resolução conjunta de problemas. Os homens podem se beneficiar – no contato educativo com profissionais e pares – da oportunidade de permutar experiências e conhecimentos, o que potencializa a manutenção do autocuidado e sensibiliza para a mudança de comportamentos prejudiciais à saúde.

REFERÊNCIAS

- Assis, M. de, Hartz, Z. M. A., & Valla, V. V. (2004). Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9, 557-581. doi: 10.1590/S1413-81232004000300010.
- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo* (L. A. Reto & A. Pinheiro, trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).

- Benedetti, T. R. B., Borges, L. J., Petroski, E. L., & Gonçalves, L. H. T. (2008). Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista de Saúde Pública*, *42*, 302-307. doi: 10.1590/S0034-89102008005000007.
- Bode, C., & Ridder, D. T. D. (2007). Investing in the future - identifying participants in an educational program for middle-aged and older adults. *Health Education Research*, *22*, 473-482. doi: 10.1093/her/cyl098.
- Braz, M. (2005). A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, *10*, 97-104. doi: 10.1590/S1413-81232005000100016.
- Brown, R. T., Freeman, W. S., Belar, C., Hornyak, L. M., Rozensky, R., Brown, R. A., ... Sheridan, E. (2002). The role of psychology in health care delivery. *Professional Psychology: Research and Practice*, *33*, 536-545. doi: 10.1037//0735-7028.33.6.536.
- Carneiro, R. S., & Falcone, E. M. O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, *9*, 119-126. doi: 10.1590/S1413-73722004000100015.
- Couto, M. T., Pinheiro, T. T., Valença, O., Machin, R., Silva, G. S. N., Gomes, R., ... Figueiredo, W. S. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, *14*, 257-270. doi: 10.1590/S1414-32832010000200003.
- Dapp, U., Anders, J., von Renteln-Kruse, W., & Meier-Baumgartner, H. P. (2005). Active health promotion in old age: methodology of a preventive intervention programme provided by an interdisciplinary health advisory team for independent older people. *Journal of Public Health*, *13*, 122-127. doi: http://dx.doi.org/10.1007/s10389-004-0097-3.
- De Vitta, A., Neri, A. L., & Padovani, C. R. (2006). Saúde percebida em homens e mulheres sedentários e ativos, adultos jovens e idosos. *Salusvita*, *25*, 23-34.
- Depp, C. A., & Jeste, D. V. (2009). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *The Journal of Life Long Learning in Psychiatry*, *7*, 137-150. doi: 10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc.
- Drummond, M., & Smith, J. (2006). *The Journal of Men's Health & Gender*, *3*, 56-60. doi: 10.1016/j.jmhg.2005.06.001.
- Figueiredo, M. F., Tyrrel, M. A. R., Carvalho, C. G., Luz, M. A., Amorim, M., & Loiola, N. (2007). As diferenças de gênero na velhice. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *60*, 422-427. doi: 10.1590/S0034-71672007000400012.
- Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, *10*, 105-109. doi: 10.1590/S1413-81232005000100017.
- Franklin, N. C., & Tate, C. A. (2009). Lifestyle and successful aging: an overview. *American Journal of Lifestyle Medicine*, *3*, 6-11. doi: 10.1177/1559827608326125.
- Gannon, K., Glover, L., O'Neill, M., & Emberton, M. (2004). Men and chronic illness: a qualitative study of LUTS. *Journal of Health Psychology*, *9*, 411-420. doi: 10.1177/1359105304042350.

- Gomes, R., Moreira, M. N., Nascimento, E. do, Rebello, L. de S., Couto, M. & Schraiber, L. (2011) Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 983-992. doi: 10.1590/S1413-81232011000700030.
- Gomes, R., & Nascimento, E. R. (2006). A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 901-911. doi: 10.1590/S0102-311X2006000500003.
- Larson, E. B., Wang, L., Bowen, J. D., McCormick, W. C., Teri, L., Crane, P. M., & Kukull, W. (2006). Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Annals of Internal Medicine*, 144, 73-81. doi: 10.7326/0003-4819-144-2-200601170-00004.
- Laurenti, R., Jorge, M. H. P. de M., & Gotlieb, S. L. D. (2005). Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 35-46. doi: 10.1590/S1413-81232005000100010.
- Lee, C., & Owens, R. G. (2002). Issues for a psychology of men's health. *Journal of Health Psychology*, 7, 209-217. doi: 10.1177/1359105302007003215.
- Lunenfeld, B. (2002). The ageing male: demographics and challenges. *World Journal Urology*, 20, 11-16. doi: 10.1007/s00345-002-0250-y.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health psychology. Theory, research and practice*. London: Sage.
- Nigg, C. R., Burbank, P. M., Padula, C., Dufresne, R., Rossi, J. S., Velicer, W. F., ... Prochaska, J. O. (1999). Stages of change across ten health risk behaviors for older adults. *The Gerontologist*, 39, 473-482. doi: 10.1093/geront/39.4.473.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48. doi: 10.4278/0890-1171-12.1.38.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114. doi: 10.1037//0003-066X.47.9.1102.
- Ribeiro, P. C., Neri, A. L., Cupertino, A. B., & Yassuda, M. S. (2009). Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, Idade e saúde. *Psicologia em Estudo*, 14, 501-509. doi: 10.1590/S1413-73722009000300011.
- Schneider, J. K., Cook, J. H., & Luke, D. S. (2011). Unexpected effects of cognitive-behavioural therapy on self-reported exercise behaviour and functional outcomes in older adults. *Age and Ageing*, 40, 163-168. doi: 10.1093/ageing/afq137.
- Schraiber, L. B., Figueiredo, W. , Gomes, R., Couto, M. T., Pinheiro, T. F., Machin, R., ... Valença, O. (2010). Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, 26, 961-970. doi: 10.1590/S0102-311X2010000500018.
- Schraiber, L. B., Gomes, R., & Couto, M. T. (2005). Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10, 7-17. doi: 10.1590/S1413-81232005000100002.
- Sícoli, J. L., & Nascimento, P. R. (2003). Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Saúde e Educação*, 7, 91-112. doi: 10.1590/S1414-32832003000100008.

HÁBITOS SAUDÁVEIS NA VELHICE

- Silva, S. G. (2006). A crise da masculinidade: uma crítica à identidade de gênero e à literatura masculinista. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26, 118-131. doi: 10.1590/S1414-98932006000100011.
- Stlin, P., Eckermann, E., Mishra, U. S., Nkowane, M., & Wallstam, E. (2007). Gender and health promotion: A multisectoral policy approach. *Health Promotion International*, 21, 25-35.
- World Health Organization [WHO]. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: Canadian Public Health Association. Recuperado em maio 10, 2010, disponível em http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.