



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**EFEITOS DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA VOLTADA PARA O
AUTOCUIDADO DE HOMENS IDOSOS**

Lilian Maria Borges Gonzalez

Brasília, DF

Julho de 2011



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**EFEITOS DE INTERVENÇÃO PSICOEDUCATIVA VOLTADA PARA O
AUTOCUIDADO DE HOMENS IDOSOS**

Lilian Maria Borges Gonzalez

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração: Psicologia da Saúde.

Brasília, DF

Julho de 2011

Comissão Examinadora

Prof^a. Dr^a. Eliane Maria Fleury Seidl
Instituto de Psicologia – UnB
Programa de Pós-graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde
Presidente

Prof^a. Dr^a. Anita Liberalesso Neri
Faculdade de Educação – Unicamp
Programa de Pós-Graduação em Educação
Membro

Prof^a. Dr^a. Lucy Gomes Vianna
Programa de Pós-graduação em Gerontologia – UCB
Membro

Profa. Dr^a. Vera Lúcia Decnop Coelho
Instituto de Psicologia – UnB
Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura
Membro

Prof^a. Dr^a. Isolda Araújo Gunther
Instituto de Psicologia – UnB
Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações
Membro

Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Galinkin
Instituto de Psicologia – UnB
Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações
Suplente

AGRADECIMENTOS

Realizar uma tese é um trabalho em parte solitário, em que muitas horas são gastas em seu planejamento e no esforço de encontrar a melhor forma de organizar, interpretar e comunicar os dados obtidos. Mas é óbvio que nenhum trabalho como este se realiza sozinho, sem a orientação, inspiração, apoio e estímulo de pessoas especiais que nos dão condições de prosseguir a caminhada até o final e lograr o produto desejado ou possível.

Antes de tudo, aliada a bagagens prévias de conhecimentos e experiências, soma-se a fé em Deus, que dá significado a vida e assegura a certeza de que é possível alcançar êxito. Assim, em primeiro lugar, agradeço a Deus.

Meus agradecimentos sinceros a todos aqueles que me ajudaram a concretizar esta tese:

À minha orientadora, Profa. Eliane Seidl, pelas ideias compartilhadas e conhecimentos possibilitados nos encontros para orientação e nas aulas e pelo apoio em todas as questões práticas relacionadas ao curso.

À coordenadora do Centro de Convivência do Idoso da UCB, Zilda Pessoa.

Ao meu querido esposo Enrique Gonzalez, pelo carinho, incentivo e apoio sempre presentes.

Aos meus pais, Osvaldo e Jovina Borges, fontes inesgotáveis de amor e grandes inspiradores, que me ajudaram a ver a velhice com bons olhos e otimismo.

À minha amada filha Camila, que em quatro dos seus cinco anos de vida “aceitou” dividir a atenção da mãe com mais este trabalho.

Aos amigos que me propiciaram momentos importantes de suporte e estímulo, em especial a Marília Marques, Sheila Murta, Pedro Luz e Caroline Branco.

A Daniel Fernandes, pelo auxílio na análise dos dados estatísticos.

Aos meus auxiliares de pesquisa Daniel Campos, Yarla, Joana D´arc e Whainer.

Aos idosos que gentilmente aceitaram envolver-se nesta pesquisa e que me ensinaram muito mais do que pude evidenciar na redação deste trabalho.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	iv
SUMÁRIO	v
LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE FIGURAS	x
LISTA DE SIGLAS	xi
RESUMO	xii
ABSTRACT	xiii
APRESENTAÇÃO	1
CAPÍTULO 1. REVISÃO DE LITERATURA	7
1.1 Psicologia da saúde e estratégias de prevenção primária	7
1.2 Envelhecimento ativo e seus fatores determinantes	11
1.3 Promoção da saúde e prevenção de doenças na velhice	14
1.4 Programas de promoção da saúde do idoso: panorama brasileiro	18
1.5 Gênero e saúde: riscos e cuidados com a saúde entre homens idosos	24
CAPÍTULO 2. OBJETIVOS	28
CAPÍTULO 3. MÉTODO	29
3.1 Participantes	29
3.2 Local de realização do estudo	29
3.3 Instrumentos	30
3.3.1 Questionário de Avaliação da Saúde do Homem Idoso – QUASHI I	30
3.3.2 Questionário de Avaliação da Saúde do Homem Idoso II e III	31
3.3.3 WHOQOL <i>bref</i>	32
3.3.4 WHOQOL <i>Old</i>	32
3.4 Procedimentos de coleta de dados	32
3.4.1 Estudo Piloto: teste do QUASHI	33
3.4.2 Contatos institucionais e aprovação do projeto pelo CEP	33
3.4.3 Seleção dos participantes e contatos iniciais	33
3.4.4 Levantamento de linha de base	34
3.4.5 Desenvolvimento das sessões psicoeducativas em grupo	35
3.4.6 Avaliações pós-intervenção e de seguimento	37
3.5 Análise dos dados	38
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	39
4.1 Caracterização dos participantes da pesquisa	39
4.1.1 Caracterização sociodemográfica	39
4.1.2 Caracterização médico-clínica	40
4.1.3 Caracterização do estilo de vida e do nível de atividade	44
4.2 Contextos do autocuidado	49
4.2.1 Apoio familiar	49
4.2.2 Acesso a informações sobre saúde e doenças	51
4.2.3 Barreiras para o autocuidado	51
4.3 Metas e necessidades de saúde	54
4.4 O processo grupal	56
4.4.1 Frequência de participação nos encontros	56
4.4.2 A intervenção psicoeducativa	57
4.5 Autoavaliação e concepções de saúde	58
4.5.1 Saúde autoavaliada	60
4.5.2 Significados atribuídos ao “ter saúde”	65

4.5.3. Fatores associados ao envelhecimento saudável	66
4.6 Autocuidado antes e após as sessões psicoeducativas	67
4.6.1 Busca e utilização dos serviços de saúde	68
4.6.1.1 Realização de consultas médicas	68
Meta 1. Promover a realização de consultas médicas	71
Meta 2. Aumentar a frequência de consultas médicas preventivas	73
Meta 3. Manter a regularidade das consultas médicas	74
4.6.1.2. Realização de exames médicos	75
Meta 4. Favorecer a realização do exame do toque retal	78
Meta 5. Aumentar ou manter a frequência de submissão a exames diagnósticos da próstata	79
4.6.1.3 Adesão a tratamentos	80
Meta 6. Aumentar os comportamentos de adesão aos tratamentos	81
Meta 7. Fortalecer os bons níveis de adesão aos tratamentos	82
4.6.2 Hábitos de vida saudáveis	83
4.6.2.1 Prática regular de exercícios físicos	83
Meta 8. Aumentar a frequência semanal de exercícios físicos	84
Meta 9. Fortalecer as práticas regulares de exercícios físicos	85
4.6.2.2 Alimentação saudável	86
Meta 10. Diminuir o consumo de alimentos prejudiciais à saúde e adotar dieta saudável	88
Meta 11. Fortalecer hábitos alimentares saudáveis	89
4.6.2.3 Abstenção ou redução de uso de tabaco e/ou álcool	90
Meta 12. Reduzir ou extinguir o hábito de fumar	91
4.6.3 Habilidades psicossociais	92
4.6.3.1. Regulação emocional	92
Meta 13. Buscar maior autocontrole emocional	93
Meta 14. Reduzir queixas e lamentações	95
4.6.3.2 Habilidades sociais	96
Meta 15. Aumentar a emissão de comportamentos assertivos	97
Meta 16. Aumentar habilidades para falar em público	99
4.7 Avaliação da qualidade de vida antes e após as intervenções	100
4.7.1 WHOQOL <i>old</i>	100
4.7.2 WHOQOL <i>bref</i>	102
4.8 Avaliação do processo grupal pelos participantes	103
4.8.1 Ganhos sociais	105
4.8.2 Ganhos em habilidades pessoais	107
4.8.3 Ganhos em conhecimentos	107
4.8.4 Avaliações durante o processo	109
 CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO	 111
5.1 Perfil dos participantes	111
5.2 Saúde autoavaliada e concepções de envelhecimento saudável	115
5.3 Efeitos da intervenção psicoeducativa	117
5.3.1 Busca por assistência à saúde	118
5.3.2 Hábitos saudáveis	121
5.3.3 Habilidades psicossociais	123
5.3.4 Qualidade de vida	125
5.4 Vantagens, limitações e implicações do estudo	126
 CAPÍTULO 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	 131
 REFERÊNCIAS	 134

APÊNDICES

Apêndice 1. Tabela 1 Escores dos fatores do WHOQOL <i>old</i> , na linha de base, momento pós- intervenção e no seguimento dos treze participantes	142
Apêndice 2. Tabela 2 Escores dos fatores do WHOQOL <i>bref</i> , na linha de base, momento pós-intervenção e no seguimento dos treze participantes	143
ANEXOS	
Anexo 1. Questionário de avaliação da saúde do homem idoso I - QUASHI I	144
Anexo 2. Questionário de avaliação da saúde do homem idoso II - QUASHI II	149
Anexo 3. Questionário de avaliação da saúde do homem idoso II - QUASHI III	152
Anexo 4. WHOQOL <i>bref</i>	155
Anexo 5. WHOQOL <i>old</i>	158
Anexo 6. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	163
Anexo 7. Planejamento das sessões grupais	164

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Relação dos participantes do estudo ($N=13$)	30
Tabela 2. Perfil sociodemográfico dos participantes ($N=13$)	41
Tabela 3. Doenças atuais autorreferidas pelos participantes ($N=13$)	42
Tabela 4. Agravos à saúde atuais e aspectos da história médica referidos pelos participantes ($N=13$)	45
Tabela 5. Modalidades de atividades desenvolvidas pelos participantes no CCI ($N=13$)	46
Tabela 6. Frequência de participação dos idosos em diferentes tipos de atividade de vida diária ($N=13$)	48
Tabela 7. Categorias e frequência de apoio social recebido pelos participantes nos cuidados com a saúde ($N=13$)	50
Tabela 8. Barreiras citadas pelos participantes quanto à prática do autocuidado ($N=13$)	52
Tabela 9. Mudanças pessoais identificadas pelos participantes como necessárias para a melhoria da saúde ($N=13$)	54
Tabela 10. Metas prioritárias de saúde definidas para cada participante ($N=13$)	55
Tabela 11. Frequência e porcentagem de participação dos idosos nas sessões psicoeducativas ($N=13$)	57
Tabela 12. Avaliação do estado pessoal de saúde pelos participantes nos três momentos de avaliação da pesquisa ($N=13$)	62
Tabela 13. Motivos alegados pelos participantes para o nível de saúde autoavaliado e verbalizações ilustrativas ($N=13$)	63
Tabela 14. Autoavaliação de saúde dos participantes comparada à saúde de outros idosos e à própria saúde quando mais jovens ($N=13$)	65
Tabela 15. Significados atribuídos ao “ter saúde” pelos participantes na primeira e na segunda entrevistas e verbalizações ilustrativas ($N=13$)	66
Tabela 16. Fatores determinantes do envelhecimento saudável na percepção dos participantes e verbalizações ilustrativas ($N=13$)	67
Tabela 17. Média de consultas médicas por mês antes e após a intervenção.....	69
Tabela 18. Frequência e porcentagem de participantes que realizaram consultas a diferentes especialidades médicas antes e após as intervenções ($N=13$)	70
Tabela 19. Tipos de atendimentos em saúde recebidos pelos participantes antes e após a intervenção ($N=13$)	71
Tabela 20. Tipos de procedimentos médicos realizados pelos participantes antes e após a intervenção ($N=13$)	76
Tabela 21. Quantidade de exames realizados pelos participantes antes e após a intervenção ($N=13$)	77
Tabela 22. Mudanças na frequência de adesão ao tratamento conforme relato dos participantes	80
Tabela 23. Mudanças na frequência da realização de exercícios físicos conforme relato dos participantes	84
Tabela 24. Mudanças na frequência do consumo de alimentos prejudiciais e saudáveis conforme relato dos participantes	87
Tabela 25. Mudanças na frequência do controle emocional e no manejo do estresse conforme relato dos participantes	93
Tabela 26. Estratégias utilizadas pelos participantes diante de estressores do cotidiano e verbalizações ilustrativas	94

Tabela 27. Mudanças na frequência de comportamentos assertivos conforme relato dos participantes	97
Tabela 28. Escores globais do WHOQOL <i>old</i> , na linha de base, momento pós-intervenção e no seguimento dos treze participantes	101
Tabela 29. Médias e desvios-padrão na linha de base, pós-intervenção e seguimento e valores do teste não paramétrico de <i>Friedman</i> das facetas e escores globais do WHOQOL <i>old</i>	101
Tabela 30. Escores globais do WHOQOL <i>Bref</i> , na linha de base, momento pós-intervenção e no seguimento dos treze participantes	102
Tabela 31. Médias e desvios-padrão na linha de base, pós-intervenção e seguimento e valores do teste não paramétrico de <i>Friedman</i> dos domínios e escores globais do WHOQOL <i>Bref</i>	103
Tabela 32. Níveis de satisfação dos participantes com as sessões psicoeducativas ($N=13$) .	103
Tabela 33. Categorias de motivos apresentados pelos participantes quanto aos ganhos proporcionados pelo grupo ($N=13$)	104

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Caracterização de programas de promoção da saúde para idosos realizados no Brasil	21
Figura 2. Etapas da pesquisa	32
Figura 3. Síntese descritiva das sessões de intervenção psicoeducativa	59
Figura 4. Porcentagem de respostas na autoavaliação do estado de saúde atual nos três momentos de avaliação da pesquisa	61
Figura 5. Média de consultas por mês de cada participante antes e após a intervenção	69

LISTA DE SIGLAS

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária
AMS - *The Aging Males` Symptoms Rating Scale*
AVD - Atividades de Vida Diária
CCI - Centro de Convivência para Idosos
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
DC - Doença crônica
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISMH - *International Society for Men's Health and Gender*
MS - Ministério da Saúde
OMHPSI - *The Older Men's Health Program and Screening Inventory*
OMS - Organização Mundial da Saúde
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PSA - Dosagem do Antígeno Prostático Específico
QUASHI - Questionário de Avaliação da Saúde do Homem Idoso
SPSS - *Special Package for Social Sciences*
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNATI - Universidade Aberta à Terceira Idade
WHO – World Health Organization
WHOQOL - *World Health Organization Quality of Life Group*

RESUMO

O Brasil apresenta processos de transição demográfica, com incremento da proporção de idosos na população. Para melhor atender às características e às necessidades desse crescente segmento, têm sido desenvolvidos programas educativos com o propósito de promover saúde e prevenir ou manter sob controle doenças prevalentes nesta faixa de idade. Este trabalho objetivou verificar os efeitos de uma intervenção psicoeducativa que foi planejada e implementada com a finalidade de fortalecer o autocuidado entre idosos do sexo masculino. Os participantes foram recrutados em um Centro de Convivência para Idosos mantido por uma universidade privada e constituíram treze homens com idades entre 62 e 78 anos ($M= 69,5$), todos casados, alfabetizados, aposentados e portadores de doenças crônicas. As intervenções ocorreram ao longo de nove encontros temáticos, semanais, envolvendo exposição dialogada e emprego de diferentes recursos audiovisuais e dinâmicas de grupo. Os dados foram obtidos mediante entrevistas individuais conduzidas com base em instrumentos compostos de questões fechadas e abertas relativas ao levantamento de dados sociodemográficos e clínicos, bem como à investigação de comportamentos de autocuidado e fatores associados, incluindo barreiras percebidas e apoio social. Para aferir medidas de qualidade de vida foram empregados os questionários WHOQOL *old* e WHOQOL *brief*. Os idosos responderam a estas medidas de autorrelato em três momentos distintos: antes e logo depois da participação nas sessões grupais e decorridos quatro meses após a segunda avaliação, no seguimento. Os resultados principais evidenciaram que os participantes, em sua maioria, mantinham estilos de vida ativos, com preservação de suas capacidades funcionais, possuíam autoavaliações positivas do estado de saúde e concebiam saúde e envelhecimento saudável em uma perspectiva biopsicossocial. As metas individuais estabelecidas foram agrupadas em três eixos de análise: busca e utilização dos serviços de saúde, hábitos saudáveis e habilidades psicossociais. Como possíveis efeitos das intervenções, verificou-se o alcance da maior parte das metas traçadas, abarcando contemplação quanto a maior realização de consultas e exames médicos; emissão de comportamentos assertivos; aumento nas práticas de exercícios físicos e de alimentação saudável e fortalecimento de ações e crenças relativas a comportamentos preventivos e promotores de saúde. Houve estabilidade nos escores de qualidade de vida, com diferença significativa ($p<0,05$) para o domínio participação social e significância limítrofe ($p=0,06$) para o domínio autonomia, ambos do WHOQOL *old*. Os participantes, em sua totalidade, revelaram-se satisfeitos com a participação no grupo, destacando seus ganhos sociais. Conclui-se que a intervenção psicoeducativa mostrou-se vantajosa para maximizar comportamentos de autocuidado em homens idosos e aumentar suas formas de inserção social, embora tenha se evidenciado efeitos maiores para sensibilização e manutenção do que para modificação de comportamentos. Reforça-se a necessidade de investigações focadas na interrelação entre gênero, envelhecimento e saúde.

Palavras-chave: saúde do idoso, homens, envelhecimento, grupo psicoeducativo.

ABSTRACT

Brazil's demographic transition processes show an increasing proportion of elderly people. To better meet the characteristics and needs of this growing segment, educative programs have been developed to promote health and prevent or keep under control prevalent diseases in this age group. This study aimed to evaluate the effects of a psychoeducational intervention planned and implemented to strengthen self-care among elderly men. Thirteen men aged 62-78 years old (average = 69,5 years), all married, literate, retirees and chronically ill participated. They were selected from a Social Center for the Elderly run by a private university. The interventions took place during nine thematic weekly meetings, through dialogical exposure, different audio-visual resources and group dynamics. Data were collected using individual interviews based on close and open-ended questions concerning sociodemographic and clinical data, as well as the investigation of self-care behaviors and its associated factors, including perceived barriers and social support. Quality of life was measured using WHOQOL-*old* and WHOQOL-*bref*. The elderly answered self-report measures in three different moments: before and right after group sessions and four months after the second evaluation. The main results showed that most participants kept active lifestyles, maintaining their functional capacity, had positive self-assessments of their health status and conceived health and healthy aged in a biopsychosocial perspective. Individual targets were arranged into three areas of analysis: search and use of health services, healthy habits and psychosocial skills. As possible results of interventions, most goals were reached. For example, contemplation as to a rising number of medical appointments and examinations, assertive behaviors, increasing physical exercises and healthy eating and strengthening activities and beliefs related to health-preventive and health-promotion behaviors. There was stability in quality of life scores', with a significant difference ($p < 0,05$) for the social participation domain and a borderline significance ($p = 0,06$) to the autonomy domain, both from WHOQOL *old*. All participants were satisfied to be part of the group, emphasizing its social gains. So, the psychoeducational interventions were considered useful to maximize self-care behaviors among elderly men and increase their forms of social integration, although it has larger effects to sensitize and maintain than to change behaviors. Finally, it reinforces the need to focus on the interrelationship between gender, aging and health.

Keywords: elderly health, men, aging, psychoeducational group.

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho aborda o envelhecimento masculino com vistas a verificar os efeitos de uma intervenção psicoeducativa voltada para a promoção e fortalecimento de comportamentos de autocuidado entre homens na faixa de idade superior a 60 anos. Parte-se da tese de que este modelo de intervenção pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias eficientes no atendimento às especificidades do universo masculino e, assim, favorecer uma abordagem mais integral à saúde do homem idoso.

Este estudo respalda-se, portanto, em três vertentes contemporâneas na área da saúde. Primeiramente, o desenvolvimento de estratégias de intervenção direcionadas à promoção da saúde, que busca orientar e apoiar as pessoas na adoção de práticas cotidianas mais saudáveis. Segundo, a saúde do idoso, que defende a necessidade de se abordar a velhice em novas perspectivas e auxiliar as pessoas deste grupo etário a alcançarem maior autonomia, qualidade de vida e controle de doenças. Terceiro, e por fim, a saúde do homem, que busca compreender os efeitos da masculinidade, enquanto práticas e significados construídos socialmente, sobre seus comportamentos relacionados à saúde.

A interrelação entre desenvolvimento e saúde é alvo de interesse principal da autora deste trabalho, que tem centrado suas atividades de docência e de pesquisa na interface entre as mudanças desenvolvimentais que integram o ciclo de vida humano e os pressupostos e objetivos da psicologia da saúde. A perspectiva de gênero foi incorporada diante da constatação de que os trabalhos educativos na área da saúde em maior escala têm alcançado mulheres, com escassa participação masculina.

O estudo de fenômenos relacionados à velhice tem obtido grande progresso nas últimas décadas, fruto do investimento de pesquisadores e profissionais de diversas áreas do conhecimento, que têm se debruçado sobre a complexa, mas instigante, tarefa de compreender seus aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Este panorama que ora se configura está relacionado, em parte, a importantes mudanças ocorridas na estrutura etária da população, com constatação da elevada e crescente expectativa de vida em anos recentes. O padrão etário mais envelhecido acarretou a necessidade de buscar soluções criativas e viáveis para oferecer a essa parcela da população condições qualificadas para o prolongamento da vida, com preservação da saúde e melhor assistência em caso de doenças (Cerqueira & Oliveira, 2002; Rodrigues & Rauth, 2002).

De fato, o envelhecimento populacional constitui um dos principais desafios da atualidade. Os progressos tecnológicos e as novas políticas públicas acarretaram o declínio das taxas de mortalidade infantil, a diminuição dos níveis de fecundidade e o aumento da longevidade, o que resultou, em escala mundial, no aumento progressivo e acentuado da

população adulta, sobretudo da parcela com idade superior a 60 anos (Camarano, 2002; Chaimowicz, 1997; Netto, 2002; WHO, 2005).

Dados recentes acerca da realidade nacional apontam que o Brasil, a exemplo de vários outros países, apresenta processos notáveis de transição demográfica, com incremento na proporção de idosos nas últimas décadas. De acordo com o censo demográfico relativo ao ano de 2010, as pessoas com 65 anos ou mais apresentam uma participação relativa na população brasileira de 7,4%, o que significa um número de idosos superior a 20 milhões (IBGE, 2011). A expectativa de vida ao nascer do brasileiro, que em 2003 era de 71,3 anos, elevou-se para 73,17 anos em 2009 (IBGE, 2010). A projeção é de que haja continuidade nesse processo de envelhecimento e que, assim, em 2020, o país tenha 32 milhões de pessoas nessa faixa de idade, tornando-o o sexto país no mundo em número de idosos (Camarano, 2002; Veras, 2003; 2009).

Estas alterações demográficas têm sido acompanhadas por mudanças no perfil epidemiológico da população, com uma redução da incidência de doenças infectocontagiosas e predominância das enfermidades crônicas degenerativas, com causalidade múltipla, que se tornaram as principais causas de morte (Chaimowicz, 1997; Veras, 2003). Dessa forma, inúmeros brasileiros têm envelhecido em condições adversas e chegam à velhice acometidos por um ou mais agravos à saúde, que podem representar uma ameaça potencial à capacidade funcional (Rabelo & Neri, 2005, Veras, 2009). Tais transformações indicam mudanças significativas na estrutura socioeconômica da sociedade brasileira e exigem novas políticas e novas estratégias de intervenção no campo da saúde.

Embora a velhice não deva ser compreendida como sinônimo de doenças, sabe-se que o segmento idoso da população apresenta índices maiores de morbidade quando comparado aos demais grupos etários. Com o avançar do processo de envelhecimento, o indivíduo mostra maior predisposição a várias patologias crônicas, como doenças cardiovasculares e osteoarticulares (Linhares, Coelho, Guimarães, Campos & Carvalho, 2003; Veras, 2003; 2009). Na idade de 75 anos, a maioria das pessoas tem, em média, de três a quatro doenças ou incapacidades (Tulloch, 2005). Além das doenças físicas, a depressão constitui uma realidade importante na população idosa, que pode também resultar em diminuição da capacidade funcional e comprometer a qualidade de vida (Linhares & cols., 2003).

Enquanto portadores de problemas médicos múltiplos e de longa duração, os adultos idosos constituem os usuários mais assíduos do sistema de saúde, demandando intervenções onerosas, que requerem tecnologia complexa e grande número de exames complementares (Veras, 2003; 2009). Ainda assim, nem sempre encontram profissionais devidamente qualificados para avaliar e atender as suas reais necessidades, favorecendo que vários sintomas de pacientes geriátricos sejam tratados como produtos do envelhecimento (Chaimowicz, 1997; Tulloch, 2005).

O contexto de precariedades e de desigualdades sociais em que tem ocorrido o rápido aumento do quantitativo de idosos na população brasileira clama, por conseguinte, pela busca de alternativas e pela realização de políticas públicas e medidas urgentes para lidar com o novo perfil da população. Sem condições adequadas de independência e saúde para os idosos, o aumento da longevidade ao invés de se caracterizar como uma conquista da sociedade pode se tornar um problema sério a ser resolvido (Chaimowicz, 1997; Veras, 2009). Nessa perspectiva, tornam-se importantes ações amplas e efetivas para promover o envelhecimento saudável e manter a independência dos idosos pelo maior tempo possível.

De acordo com as políticas e leis brasileiras aplicáveis à temática do idoso, as pessoas que alcançam uma vida longa devem ter asseguradas oportunidades de crescimento e de realização pessoal, preservação da autonomia e da capacidade para realizar atividades diárias, relacionamentos sociais satisfatórios, ausência ou controle de agravos à saúde, acesso à justiça, além da possibilidade de usufruir de condições adequadas de moradia, transporte e acesso a cuidados de saúde (Brasil, 1999; 2003).

Para tanto, é necessário o desenvolvimento de ações diversas dirigidas a essa faixa da população. Nesse cenário, vários programas têm sido realizados junto a idosos com o propósito de oferecer-lhes atividades grupais orientadas para a promoção da saúde ou para a prevenção e tratamento de determinadas doenças (Assis, Hartz & Valla, 2004).

A participação em grupos psicoeducativos pode constituir para pessoas idosas uma oportunidade importante de convívio social, de sentirem-se apoiadas e de vislumbrarem formas alternativas de enfrentar estressores relacionados ao envelhecimento e/ou ao adoecimento. A intervenção em grupo tem o benefício de reunir e atingir um número maior de pessoas, se comparada ao atendimento individual, e pode contribuir para amenizar o isolamento social dos participantes (Assis, 2004; João, Sampaio, Santiago, Cardoso & Dias, 2005; Teixeira, 2002). Além disso, mostra-se útil para estimular mudanças comportamentais, revisar crenças, favorecer o autoconhecimento e o autocuidado e treinar habilidades sociais (Thompson & cols., 2003).

Os programas de promoção do envelhecimento saudável e de prevenção de incapacidades devem assumir, portanto, um papel central nas pesquisas e cuidados no campo da saúde dos idosos, considerando que podem assegurar um uso mais eficiente dos serviços de saúde e melhorar a qualidade de vida destas pessoas, ajudando-as a permanecerem independentes e produtivas.

No entanto, de acordo com Tulloch (2005), muitos profissionais permanecem não convencidos do valor dos programas de cuidados preventivos junto a pessoas desta faixa etária. Este fato é fortalecido por resultados conflitantes de estudos na área, o que provavelmente se deve à natureza heterogênea das pesquisas com uma diversidade de coortes, objetivos, duração, formas de intervenção e indicadores de resultados.

Na literatura brasileira, ainda são escassos e limitados os esforços para avaliar a viabilidade e a efetividade de programas de intervenção dirigidos a esse segmento da população. Conforme assinalam Assis e cols. (2004), grande parte dos estudos no país constituem relatos de experiências que contemplam aspectos avaliativos de base qualitativa e não são propriamente pesquisas com fins de avaliação dos efeitos da intervenção. Mesmo na literatura internacional, percebe-se a necessidade de maior desenvolvimento e avaliação continuada de intervenções psicoeducativas para pacientes idosos (Assis & cols., 2004). Segundo Higgins e Regan (2004), em muitos estudos não fica claro como algumas formas de educação foram empregadas, tornando difícil a replicação da intervenção na prática clínica e a sustentação da utilidade da abordagem educacional.

Esse panorama evidencia a necessidade de ampliar a produção sobre avaliação de intervenções nesta área e de buscar o desenvolvimento de novas estratégias metodológicas. Os conhecimentos gerados por tais estudos são necessários para embasar as políticas públicas e para orientar os profissionais de saúde quanto ao planejamento de intervenções adaptadas às especificidades e demandas dos idosos.

No campo da saúde, é preciso atentar também para a interrelação entre envelhecimento e gênero, promovendo investigações acerca da posição social específica de homens e mulheres, especialmente os mais velhos, e as repercussões em seus comportamentos e *status* de saúde. As diferenças de gênero revelam-se cada vez mais pertinentes e necessárias nos estudos e programas realizados em saúde pública para que se alcance a eficácia almejada (Fletcher, Higginbotham & Dobson, 2002; Lunenfeld, 2002; Gomes, 2003; Quine, Kendig, Russell & Touchard, 2004; Schraiber, Gomes & Couto, 2005).

Os grupos conduzidos por profissionais de saúde com o propósito de melhorar ou preservar a saúde de pessoas idosas têm sido compostos predominantemente por mulheres, as quais, em geral, são apontadas como tendo mais comportamentos favorecedores da própria saúde e de outros membros da sua família (Fletcher & cols., 2002; Lunenfeld, 2002; Sales & Santos, 2007; Schraiber & cols., 2005).

Os homens buscam os serviços de saúde, sobretudo os de atenção primária, em menor frequência e se engajam menos em comportamentos preventivos do que as mulheres (Gomes, Nascimento & Araújo, 2007; Lunenfeld, 2002; Sales & Santos, 2007), ainda que sejam acometidos por várias condições crônicas que são, em grande parte, passíveis de serem prevenidas ou identificadas e tratadas em seus estágios iniciais (Abreu, César & França, 2009; Lunenfeld, 2002).

Os cuidados com a saúde estão fortemente associados à idéia de feminilidade e os serviços de saúde primários são vistos comumente como um espaço destinado ao público feminino e às crianças (Figueiredo, 2005; Lunenfeld, 2002). Na socialização dos homens, o cuidar de si e a valorização do corpo são questões pouco enfatizadas (Schraiber & cols., 2005).

Dessa forma, os homens tendem a apresentar maior dificuldade do que as mulheres para verbalizar suas necessidades de saúde, na medida em que temem que isso possa ser interpretado como demonstração de fraqueza e gerar desconfianças acerca de sua masculinidade (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 (Couto & cols., 2010; Fletcher, Higginbotham & Dobson, 2002). Figueiredo (2005) destaca a identificação das necessidades dos homens como uma condição importante para que se possa contribuir para uma prática cotidiana mais saudável por parte destes e oferecer-lhes estratégias especiais de assistência que resultem em um melhor acolhimento das suas diferentes demandas e anseios.

Partindo, portanto, do reconhecimento de que vários agravos à saúde dos homens podem ser evitados se estes realizarem, de modo regular, medidas de prevenção e promoção da saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem apoiado o desenvolvimento de políticas e estratégias direcionadas aos homens com alerta para a necessidade de se promover investigações acerca da posição social particular dos homens e dos determinantes da saúde masculina (Gomes & Nascimento, 2006).

No Brasil, vigora, desde 2009, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Essa iniciativa recente e inovadora do Ministério da Saúde (MS) foi lançada com o objetivo de facilitar e ampliar o acesso da população masculina às ações e aos serviços de saúde e, assim, reduzir seus índices de morbidade e mortalidade. A meta determinada pelo MS foi de que 2,5 milhões de brasileiros com idade entre 20 e 59 anos procurem o serviço de saúde no mínimo uma vez ao ano (Brasil, 2009).

Ao formular os princípios e as diretrizes da referida política, o governo busca, portanto, superar obstáculos socioculturais e institucionais que dificultam aos homens realizar medidas preventivas e freqüentar os consultórios médicos. Para tanto, estão sendo delineadas ações de saúde capazes de contribuir, de modo efetivo, para a compreensão dos aspectos singulares da realidade masculina em diferentes contextos socioculturais e político-econômicos, enfrentamento dos fatores de risco, estímulo ao autocuidado e promoção da melhoria das condições de saúde deste segmento da população (Brasil, 2009). O MS alerta, dessa forma, para a necessidade de fortalecer e qualificar os serviços de atenção primária destinados ao público masculino e de ter tais medidas como eixos necessários e fundamentais de intervenção.

Nessa perspectiva, o presente estudo focalizou temas de interesse e necessidades de saúde prioritárias para este público específico, com a elaboração, implementação e avaliação de uma intervenção psicoeducativa em grupo voltada para o fortalecimento do repertório de autocuidado dos participantes, no que diz respeito à modificação de comportamentos de risco para agravos a saúde e à aquisição de comportamentos protetores da saúde e apropriados ao enfrentamento de doenças. Tratou-se de um estudo longitudinal de curto prazo e de avaliação

primordialmente intrasujeito, com os participantes sendo avaliados em três momentos: antes, logo após e quatro meses depois do término das sessões psicoeducativas.

O autocuidado foi considerado, neste trabalho, como o conjunto de ações de cuidados a si mesmo realizado pelo indivíduo na busca de atender as suas necessidades de saúde e a contribuir para a manutenção da própria saúde e bem-estar. Tal conceito constitui um dos construtos da Teoria do Autocuidado, elaborada por Dorothea Orem no contexto da assistência em enfermagem. O termo tem sido utilizado para descrever e explicar a prática de cuidados que uma pessoa desempenha, de forma deliberada, em seu próprio benefício. O autocuidado, nesta perspectiva, pressupõe a capacidade humana de tomar decisões e de engajar-se em atividades capazes de regular o próprio funcionamento (Bub & cols., 2006; McCormack, 2003).

No âmbito da presente pesquisa, os principais comportamentos de autocuidado consistiram em prática regular de exercícios e atividades físicas; hábitos alimentares saudáveis; realização periódica de exames médicos preventivos; busca oportuna por serviços de saúde diante de sintomas médicos; tomada de medicamentos prescritos e seguimento de recomendações recebidas no tratamento de doenças existentes para evitar seu agravamento e o desenvolvimento de patologias correlacionadas (adesão a tratamentos). Valorizou-se ainda a regulação emocional e a assertividade nas relações sociais.

O foco da intervenção recaiu, portanto, sobre cuidados gerais com a saúde ou comportamentos preventivos, de modo a favorecer ou proteger a saúde dos participantes e contribuir para o impedimento, diagnóstico precoce ou controle de doenças prevalentes entre o segmento masculino e idoso da população.

Vale esclarecer inicialmente que a redação desta tese está constituída em seis capítulos, que retratam as etapas envolvidas na fundamentação, implementação e análise do trabalho. O primeiro deles é destinado à revisão da literatura, com ênfase nos estudos relativos à promoção da saúde entre idosos e a relação entre gênero masculino e saúde. O Capítulo 2 explicita os objetivos do trabalho e o Capítulo 3 realiza a descrição de seus aspectos metodológicos. No Capítulo 4, denominado resultados, encontram-se organizados os dados alcançados na pesquisa, que estão apresentados em tópicos para melhor contemplar a amplitude dos fatores envolvidos na coleta e análise dos dados. No Capítulo 5, os resultados são discutidos à luz dos referenciais teóricos utilizados e de pesquisas prévias, bem como são apontadas limitações e implicações da pesquisa. Por último, são apresentadas as considerações finais, em que são tecidas conclusões gerais acerca do trabalho.

CAPÍTULO I

REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção tem por finalidade apresentar um panorama geral dos estudos desenvolvidos, nos últimos anos, com a finalidade de avaliar os determinantes psicossociais do envelhecimento bem-sucedido, com ênfase em questões de gênero. Abarca ainda estudos voltados para a proposição e avaliação de estratégias de intervenção junto a idosos com o objetivo de favorecer entre estes a aquisição de repertório de comportamentos favoráveis à saúde e ao controle de doenças. Considerando o interesse particular em situar as discussões e conhecimentos atuais sobre a saúde do homem idoso, dedica-se a revisar pesquisas em que o gênero masculino constituiu objeto de estudo em destaque. Ao longo de todo o texto, busca-se também abordar os conceitos principais relacionados aos temas centrais do estudo, dentro do arcabouço teórico da Psicologia da Saúde, que lhes dá sustentação.

1.1 Psicologia da saúde e estratégias de prevenção primária

Alterações nos padrões de morbimortalidade, aliadas a mudanças conceituais e aos modelos de atendimento em saúde, evidenciaram a necessidade de uma contribuição direta 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 como objetivos principais contribuir para a promoção e a manutenção da saúde, bem como para a prevenção e o tratamento de doenças (Arnal, 1997; Marks, Murray, Evans & Willig, 2000; Remor, 1999; Straub, 2005).

A psicologia da saúde respalda-se no modelo biopsicossocial, que considera que saúde e doença resultam de fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais. É um campo interdisciplinar que aplica conhecimentos e técnicas da ciência psicológica a questões de saúde e doença, tendo como finalidade principal manter o bem-estar de indivíduos, comunidades e populações (Marks & cols., 2000).

Os profissionais que atuam conforme os objetivos estabelecidos por este domínio da psicologia buscam, em âmbito individual ou coletivo, favorecer a aquisição de repertórios de comportamento apropriados à saúde e/ou ao enfrentamento de doenças e a modificação de comportamentos de risco para agravos a saúde (Remor, 1999; Straub, 2005).

Nas últimas décadas, a Psicologia da Saúde tem se consolidado como uma importante área de produção científica, bem como tem constituído um campo de saber e atuação profissional em franca expansão (Marks & cols., 2000; Spink, 2003). Os psicólogos, em atuação conjunta com profissionais de outras especialidades, têm realizado ações voltadas para a prevenção de doenças, sobretudo crônicas; e, no caso de já terem sido desenvolvidas, para a melhoria das condições de vida de seus portadores.

Em termos de perspectivas atuais e futuras, a ênfase da psicologia da saúde reside na saúde comunitária e na promoção da saúde (Remor, 1999). A promoção da saúde é um tema em evidência na sociedade contemporânea, de importância amplamente reconhecida. Conforme a Carta de Ottawa, resultante da realização da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, esta constitui o processo que tem por finalidade criar condições para que os indivíduos e as comunidades aumentem a capacidade de controlar os fatores que determinam sua saúde, no sentido de melhorá-la (WHO, 1986). É compreendida, portanto, como a combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Busca-se, assim, o empoderamento (*empowerment*) da comunidade, que se refere à capacitação dos indivíduos para lidar com a saúde, de modo a engajarem-se na busca de autonomia para o enfrentamento de problemas e alcançarem vidas mais saudáveis (Carvalho & cols., 2004; Teixeira, 2002).

A promoção da saúde abrange a participação da população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob o risco de adoecer. A prevenção, por sua vez, implica em ações antecipadas destinadas a impedir a ocorrência de fatos prejudiciais à vida e à saúde e, no caso de sua ocorrência, evitar a progressão de seus efeitos. Compreende desde ações de promoção da saúde e medidas específicas de prevenção de certos agravos (prevenção primária) até 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, mediante tratamento e/ou reabilitação (prevenção terciária) (Brown & cols., 2002).

As estratégias de promoção da saúde, portanto, são propostas para melhorar a saúde e o bem-estar gerais e implicam na transformação das condições de vida (Castro & Vargas, 2005). Isso pressupõe que o indivíduo ou o grupo deva ser auxiliado na identificação e satisfação de suas necessidades, na criação de ambientes saudáveis e no desenvolvimento de competências pessoais e sociais, o que pode ser favorecido por disseminação de informação e estratégias educacionais (Sicoli & Nascimento, 2003). A combinação de experiências de aprendizagem sistematicamente planejadas para favorecer a realização voluntária de ações de uma pessoa, grupo ou comunidade, no sentido de gerar saúde, é denominada de educação em saúde (Candeias, 1997).

Em estratégias de prevenção primária, parte-se do pressuposto de que o comportamento do indivíduo desempenha, imediatamente ou em longo prazo, papel de destaque em seus processos de saúde e doença, contribuindo para o surgimento de várias doenças que causam morte prematura ou trazem prejuízos para a saúde e a qualidade de vida. No entanto, ajudar as pessoas a mudar com êxito comportamentos de risco e a adotar padrões de comportamento mais saudáveis não constitui uma tarefa simples.

Os termos comportamento de saúde e comportamento de prejuízo à saúde têm sido utilizados para se referir aos padrões comportamentais do indivíduo em relação aos cuidados com a própria saúde. Os primeiros constituem quaisquer comportamentos da pessoa que sejam promotores ou protetores de saúde e de redução de riscos, incluindo, alimentação saudável, prática regular de atividade física, uso do cinto de segurança e de filtro solar, higiene bucal, práticas sexuais seguras, realização de exames médicos preventivos e vacinações. Os comportamentos prejudiciais ou de risco à saúde incluem a utilização de substâncias como o tabaco e a automedicação. Muitos destes comportamentos constituem hábitos relacionados ao estilo de vida, os quais se caracterizam como fluxos comportamentais rotineiros, estáveis, previsíveis e resistentes à mudança, que comumente são adquiridos na infância (Conner & Norman, 1996; Straub, 2005).

Há uma influência recíproca entre o comportamento do indivíduo e seu ambiente circundante. Dessa forma, comportamentos prejudiciais à saúde, que trazem danos em longo prazo, são mantidos por conseqüências positivas freqüentes e imediatas, como redução de tensões e alívio da ansiedade. As conseqüências negativas, por sua vez, comumente ocorrem em longo prazo. Dessa forma, o padrão comportamental de risco tende a se manter, já que os reforços imediatos são mais eficazes do que os reforços retardados (Abib, 2001).

Os comportamentos saudáveis têm como conseqüências naturais a posposição de eventos aversivos ou o ganho em termos de saúde (por exemplo, maior vigor físico). No entanto, tais conseqüências podem demorar a aparecer ou mesmo podem não ocorrer em virtude de outros fatores. É mais difícil produzir mudanças comportamentais quando as gratificações são postergadas, ou mesmo incertas, e se o comportamento desejado (por exemplo, limpeza bucal) consumir tempo, competir com outras atividades tidas como mais urgentes ou agradáveis e requerer certa habilidade para uma execução eficiente (Moraes, 1997). De fato, os comportamentos que favorecem a saúde são, em grande parte, menos prazerosos ou mais cansativos do que as alternativas menos saudáveis. Assim, as conseqüências negativas potenciais e distantes são obscurecidas pelos prazeres ou alívios mais imediatos do comportamento de risco (Straub, 2005).

Vários modelos teóricos têm sido desenvolvidos no âmbito da Psicologia da Saúde na tentativa de ajudar a compreender porque as pessoas praticam ou não comportamentos que podem melhorar suas condições de saúde. Os modelos que serviram de base para a composição do referencial teórico-metodológico do presente trabalho foram principalmente o Modelo de Crenças de Saúde (*Health Belief Model*) e o Modelo Transteórico (*Transtheoretical Model*).

O Modelo de Crenças de Saúde surgiu nos anos 1950 com o propósito de explicar a baixa adesão a programas de prevenção e detecção precoce de doenças. Em linhas gerais, explica o comportamento do indivíduo com base em suas crenças, intenções e percepções de riscos. Pressupõe que a probabilidade de uma pessoa emitir comportamentos de saúde baseia-se em

fatores específicos que, em conjunto, influenciam suas percepções acerca de uma doença ou condição: a suscetibilidade que percebe ter à ameaça; a gravidade estimada da condição e a avaliação dos benefícios ou barreiras da ação preventiva, que envolve o balanço entre prós e contras de praticá-la (Coleta, 1999; Rosenstock, Strecher & Becker, 1988).

Nessa perspectiva, interpreta-se que a pessoa age para reduzir uma ameaça a sua saúde quando se percebe vulnerável à condição, avalia que esta poderá acarretar-lhe conseqüências sérias, bem como reconhece que o comportamento poderá reduzir sua suscetibilidade ou a gravidade da condição, ou ainda que os custos de agir de tal forma superam os benefícios por fazê-lo. Considera-se que a pessoa pode receber dicas para a ação por meio, por exemplo, dos conselhos de amigos e campanhas de saúde. Além disso, interferem no processo diversos fatores pessoais, como idade, sexo, etnia, status socioeconômico, a presença de sintomas e o nível de informação que o indivíduo dispõe (Pavão & Coeli, 2008; Straub, 2005). Este modelo sugere intervenções que inclui ampliar conhecimentos sobre riscos e gravidade de uma doença ou condição e sobre os benefícios da mudança de comportamento (Prochaska, Johnson & Lee, 1998).

O Modelo Transteórico foi desenvolvido nos Estados Unidos a partir da década de 1980 e baseia-se na premissa de que a decisão de adotar determinado comportamento de saúde é um processo dinâmico que abarca diversas etapas. O modelo integra processos e princípios de mudança de teorias de intervenção para entender como os indivíduos progredem rumo à aquisição e manutenção de comportamentos que podem melhorar ou manter a saúde (Prochaska & cols., 1998). Os conceitos principais do modelo e seus processos de mudança têm sido aplicados a uma variedade de comportamentos de risco, como o tabagismo e o abuso de álcool.

O modelo de estágio de mudanças reconhece diferenças psicológicas entre os indivíduos com base na prontidão para mudar comportamentos. A mudança é compreendida como um processo que envolve progressão através de uma série de estágios pelos quais uma pessoa passa, com avanços e retrocessos, até alcançar mudanças em hábitos de vida não saudáveis, os quais são descritos a seguir.

1. Pré-contemplação. O indivíduo não reconhece a necessidade ou mostra resistência em realizar certa mudança comportamental, não tendo evidenciado a intenção de emitir a ação esperada num futuro próximo, usualmente seis meses. A permanência neste estágio pode decorrer da falta de informações corretas ou suficientes ou de tentativas frustradas de alterar o comportamento.

2. Contemplação. O indivíduo reconhece a importância e contempla a possibilidade de mudança comportamental dentro dos próximos seis meses, mas não tem um plano para a ação. Ele adquire uma crescente consciência do problema e mostra-se seriamente decidido a superá-lo, todavia ainda não apresenta um comprometimento decisivo. Nesse estágio, os benefícios da mudança são reconhecidos, mas barreiras ainda são percebidas e impedem a ação.

3. Preparação. O indivíduo intenciona mudar seu comportamento num futuro próximo e já realiza alguns passos nesta direção, como conversar com seu médico ou comprar um livro de autoajuda.

4. Ação. O indivíduo modifica seu comportamento ou seu ambiente e mantém a mudança por um período até seis meses. Neste estágio, é necessária dedicação para evitar recaídas.

5. Manutenção. O indivíduo mantém a mudança comportamental ocorrida a, no mínimo, seis meses e age de modo a prevenir recaídas e consolidar os ganhos obtidos (Nigg & cols., 1999; Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Prochaska & cols., 1998; Straub, 2005).

O processo de mudança fornece importantes diretrizes para programas de intervenção, os quais buscam o aumento de consciência do indivíduo sobre as causas e conseqüências do comportamento por meio de *feedback* e estratégias educativas, assim como podem promover autorreavaliação e reavaliação ambiental; fomentar a crença na capacidade de alcançar mudanças e auxiliar o emprego de contracondicionamento, controle de estímulos e manejo de contingências. Para tanto, várias técnicas têm sido utilizadas de acordo com o estágio em que o indivíduo se encontra, como *role-playing*, clarificação, treino em empatia, treino em relaxamento, treino em assertividade, contrato de contingências, autorreforço positivo e promoção de autoeficácia (Prochaska & cols., 1998).

No caso específico da atenção à velhice, defende-se que a psicologia da saúde pode contribuir para o alcance de um perfil mais elevado de saúde entre os idosos, o que requer, conforme Neri (2004), uma articulação constante entre as atividades de pesquisa e a atuação profissional. Deve-se partir, nessa vertente, de uma compreensão ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes entre os indivíduos deste segmento da população, o que implica buscar mais do que o controle de doenças e o acesso a serviços médicos assistenciais de qualidade.

A associação do risco de mortalidade com diferentes comportamentos prejudiciais à saúde foi avaliada por Ruigomez, Alonso e Anto (1995) em uma população de idosos na Espanha. Neste estudo, o risco de morte para os idosos esteve associado significativamente com tabagismo atual, vida sedentária, dormir mais que nove horas por dia e consumo moderado ou forte de bebida alcoólica. Os resultados sugerem que a promoção de estilos de vida específicos, com aumento da atividade física e extinção do comportamento de fumar, apresenta benefício potencial e papel importante no aumento da sobrevivência neste grupo de idade.

1.2 Envelhecimento ativo e seus fatores determinantes

A velhice, última fase do ciclo de vida, é marcada por processos biopsicossociais, constituindo, ao mesmo tempo, uma construção sociocultural e uma realidade biológica. Se, por um lado, é representada e vivenciada de formas diversas nos diferentes contextos culturais, por

outro é também decorrente de um processo progressivo de modificações fisiológicas e funcionais, que caracterizam o envelhecimento e terminam por levar à morte (Berger, 2003; Rodrigues & Rauth, 2002).

De acordo com a perspectiva *life-span*, o envelhecimento humano é um processo multidimensional e multidirecional que engloba um delicado equilíbrio entre limitações (perdas) e vantagens (ganhos) (Baltes, 1987). Consonante com essa visão, o envelhecimento e a velhice constituem experiências heterogêneas e, como tal, devem ser abordados em sua complexidade e diversidade.

É preciso, portanto, fazer a distinção entre velhice normal, ótima e patológica, reconhecendo o potencial de desenvolvimento dentro dos limites de plasticidade individual (Neri, 1995). É possível encontrar idosos com perdas fisiológicas mínimas, ao passo que outras pessoas de mesma idade podem ter seu envelhecimento permeado por condições crônicas geradoras de incapacidades.

As pesquisas sobre envelhecimento, no entanto, até os anos 1980, atribuíam grande ênfase às perdas que ocorrem nesse processo, superestimando-as. Déficits cognitivos e fisiológicos associados com a idade eram comumente interpretados pelos pesquisadores como determinados pela idade (Rowe & Kahn, 1987), sem considerar que muitos declínios que ocorrem na idade adulta avançada podem ser explicados em termos de estilo de vida e hábitos inadequados.

Nesse sentido, tornou-se importante identificar e compreender os fatores fisiológicos e psicossociais capazes de explicar o êxito do envelhecimento, bem como estabelecer parâmetros de comparação para a distinção entre o envelhecimento usual e o envelhecimento bem-sucedido (Rowe & Kahn, 1987). O conhecimento destes fatores possibilita elaborar políticas e programas na área e, assim, evitar ou adiar alterações patológicas, de modo a amenizar os altos custos sociais da velhice disfuncional.

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela OMS, no final da década de 1990, para designar “*o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas*” (WHO, 2005, p. 13). Assim, é esperado que as pessoas não somente tenham uma vida longa, mas que, no decorrer do curso da vida, possam estar fisicamente ativas e terem asseguradas suas necessidades de participação social, proteção, segurança e cuidados.

Nesse sentido, o envelhecimento ativo ou bem-sucedido é concebido como uma experiência positiva de longevidade, com preservação de capacidades e do potencial de desenvolvimento do indivíduo, o que requer a garantia de condições de vida e de políticas sociais específicas (Assis & cols., 2004). Além da manutenção de um bom estado de saúde física e do baixo risco de doenças, envelhecer bem está associado à participação na comunidade,

envolvimento ativo com a vida, manutenção da autonomia e o máximo de independência possível (Netto, 2002).

Uma velhice bem-sucedida, em linhas gerais, resulta da harmonia entre as perdas naturais do envelhecimento e as capacidades remanescentes, ou seja, depende do delicado equilíbrio entre as limitações e potencialidades do indivíduo à medida que envelhece. A velhice patológica, por sua vez, é indicada pelo aparecimento ou pelo agravamento de doenças crônicas e incapacitantes e está relacionada com a diminuição de bem-estar subjetivo e com a perda de independência e de autonomia (Neri, 1995; Neri, Yassuda & Cachioni, 2004; Netto, 2002).

De acordo com a OMS, vários são os fatores determinantes da saúde que, em interação, contribuem para o envelhecimento ativo. Estes fatores podem ser organizados em termos de cultura e gênero; fatores relacionados aos sistemas de saúde e serviço social; fatores comportamentais, como ausência de tabagismo, atividade física e alimentação saudável; fatores relacionados a aspectos pessoais, como genética e capacidade cognitiva; fatores relacionados ao ambiente físico, como moradia segura, água potável, ar puro e alimentos seguros; fatores relacionados ao ambiente social, como apoio social, educação e alfabetização e fatores econômicos, como renda e trabalho (WHO, 2005). Pode-se concluir que o tipo de velhice a ser vivenciado dependerá de fatores genético-biológicos, da história individual e do contexto social e histórico-cultural.

Nesse sentido, Anderson e cols. (1998) defendem a necessidade de uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, de modo a abarcar as várias nuances do envelhecimento. Esses autores, em pesquisa realizada com 93 idosos, investigaram a influência de múltiplos fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais no perfil de saúde dos idosos participantes, a saber: estrutura e relacionamento familiar, condições de habitação, nível educacional, inserção em atividade ocupacional e recursos econômicos, atividades realizadas no tempo livre, aspectos nutricionais, atividade física regular, problemas afetando a saúde, níveis de pressão arterial, incontinência urinária, transtornos do sono, quedas, tabagismo e uso de bebida alcoólica, atividades de vida diária, atividade sexual, consultas e internações, uso de medicamentos, auto-percepção de saúde, satisfação em viver e projetos de vida.

Outro estudo conduzido por Dalla Vecchia, Ruiz, Bocchi e Corrente (2005) revelou que para os idosos entrevistados a compreensão de qualidade de vida na velhice pode ser organizada nas seguintes categorias: preservação dos relacionamentos interpessoais, manutenção de uma boa saúde, manutenção do equilíbrio emocional, lazer, trabalho com prazer, vivência da espiritualidade, prática da retidão e da caridade, acesso ao conhecimento e moradia em locais favoráveis.

Destacando o valor das investigações sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice, o *World Health Organization Quality of Life Group* (Grupo WHOQOL) desenvolveu um instrumento para a avaliação da qualidade de vida em idosos

denominado WHOQOL *old*, que teve como ponto de partida a medida de avaliação da qualidade de vida em adultos, o WHOQOL-100. O referido instrumento considera como características fundamentais da qualidade de vida sua natureza multidimensional e seu caráter subjetivo (Fleck, Chachamovich & Trentini, 2003).

Seidl e Zannon (2004), em estudo de revisão sobre o construto qualidade de vida em saúde, também destacam a subjetividade como um aspecto relevante do conceito, ressaltando como fundamental a percepção da pessoa sobre seu estado de saúde na avaliação de sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida.

Na velhice, a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida têm estreita relação com a promoção do envelhecimento ativo ou bem-sucedido. Assim, o alvo dos novos modelos de atenção à saúde do idoso constitui, principalmente, a manutenção ou melhoria da capacidade funcional e a prevenção de agravos (Assis & cols., 2004).

1.3 Promoção da saúde e prevenção de doenças na velhice

O interesse da sociedade em promover saúde e prevenir doenças e incapacidades em adultos mais velhos aumentou nas últimas décadas (Miller & Iris, 2002; Tulloch, 2005). As questões fundamentais debatidas são as seguintes: pode o surgimento de doenças crônicas associadas à velhice e as incapacidades resultantes serem evitadas ou amenizadas? Estratégias de promoção da saúde e de prevenção de doenças na velhice podem ser eficazes e economicamente viáveis? (Andrews, 2001).

A promoção da saúde, de fato, constitui um tema com notável e crescente evidência na Gerontologia, de modo que os programas de promoção da saúde do idoso estão sendo cada vez mais requeridos em âmbito nacional e internacional (Assis & cols., 2004). As estratégias de promoção de saúde, ao privilegiarem a atenção integral à saúde do idoso, apresentam-se como uma alternativa ao modelo tradicional assistencialista, que é ainda bastante centrado na doença e na internação hospitalar, com ações voltadas predominantemente para a prescrição de medicamentos e orientações para mudança de hábitos de vida desvinculadas da vida prática de cada usuário (Castro & Vargas, 2005).

Miller e Iris (2002) afirmam que a identificação de elementos que favorecem o sucesso dos programas de promoção da saúde implica na necessidade de averiguar os componentes da saúde e de bem-estar que são mais relevantes e significativos para os adultos mais velhos. Assim, acrescentam ser importante elucidar estratégias e fatores motivacionais que são mais prováveis de levar as pessoas idosas a participarem em tais programas, o que requer a utilização de abordagens capazes de explorar significados, valores e metas da perspectiva dos próprios idosos.

Connell (1999) também ressalta que características ou necessidades peculiares dos idosos devem ser reconhecidas na concepção, execução e avaliação de programas ou serviços de saúde.

É importante, por exemplo, considerar seus valores e sistema de crenças, além do contexto psicossocial, como possíveis de afetar os esforços para manter a saúde.

Miller e Iris (2002) investigaram atitudes e crenças de 45 idosos, distribuídos em seis grupos focais, em relação a bem estar, autocuidado e benefícios de participar em atividades de promoção da saúde. Os participantes descreveram saúde como um conceito multidimensional em que bem-estar físico e bem-estar psicológico foram vistos como interdependentes. Os componentes do “ser saudável” incluíram independência funcional, autocuidado, visão positiva, crescimento pessoal e contribuição social. As estratégias mencionadas para promover estilos de vida saudáveis, por sua vez, foram categorizadas em comportamentos de saúde, nas dimensões física (por exemplo: atividade física e exercício, mudanças no padrão alimentar) e psicossocial (por exemplo: estabelecer prioridades, expressar sentimentos e preocupações), bem como em engajamento, nas dimensões cognitiva (por exemplo: ter aulas) e interpessoal (por exemplo: atuar como voluntário, participar em grupos de recreação).

Nessa direção, Sze Wu, Tang e Kwok (2004) buscaram verificar, junto a 191 portadores de diabetes entre 60 e 88 anos de idade, quais os fatores físicos e psicossociais que influenciavam suas práticas de saúde. Utilizando como quadro de referência a teoria da aprendizagem social, os autores encontraram que os fatores psicológicos *locus* de controle da saúde, autoeficácia e valor da saúde revelaram-se preditores significativos de comportamentos promotores de saúde na terceira idade.

Schneller e Vandsburger (2008) ressaltam uma forte associação positiva entre autoeficácia, resiliência e envelhecimento exitoso e apontam ainda evidências de que a autoeficácia tem um efeito positivo na manutenção de comportamentos de saúde e, por conseguinte, em melhorar o funcionamento físico na velhice. A autoeficácia percebida, segundo estes autores, constitui um importante recurso de resiliência para empoderar os idosos a enfrentar os estressores que afetam sua saúde.

A percepção de autoeficácia se refere às crenças da pessoa em sua capacidade ou habilidades para executar uma ação específica e à expectativa de que a ação escolhida produzirá mudanças positivas (Bandura, 1994). Nessa perspectiva, quando uma pessoa acredita que pode manejar uma tarefa relacionada à saúde e se beneficiar ao desempenhá-la, ela estará motivada a executá-la (Schneller & Vandsburger, 2008).

Ruthig e Chipperfield (2006), por outro lado, examinaram a premissa de que avaliações pessimistas da saúde comprometem o bem estar, ao passo que avaliações otimistas são compensatórias. Em uma pesquisa longitudinal, os autores utilizaram medidas para avaliação do bem estar psicológico (por exemplo: satisfação com a vida), do bem estar funcional (por exemplo: atividade física) e dos cuidados de saúde (por exemplo: admissões hospitalares) de 232 pessoas com idades entre 79 e 98 anos. Em comparação aos indivíduos realistas, os dados

principais mostraram que os pessimistas tiveram resultados significativamente piores de saúde. O controle percebido foi mais fraco entre os pessimistas e mais forte entre os otimistas.

Um ponto importante a destacar nos programas de promoção da saúde para idosos diz respeito à sociabilidade criada nos grupos. O sentimento de pertencer a um grupo, as trocas afetivas, a solidariedade e o apoio social recebidos favorecem a saúde dos participantes, a resiliência e o desenvolvimento de expectativas, perspectivas e planos para o futuro (Assis, Pacheco & Menezes, 2002; João & cols., 2005). A participação nestes programas apresenta-se, conforme constatado por Miller e Iris (2002), como uma forma de combater a solidão e de lidar com perdas associadas ao envelhecer.

Os grupos de apoio funcionam como um espaço de ensino e aprendizagem, em que os idosos encontram possibilidades de estabelecer interações significativas e são incentivados a desenvolver novas capacidades e, assim, adquirir comportamentos promotores de saúde (Carvalho & cols., 2004). O grupo centra-se em torno de objetivos e tarefas comuns e busca a melhoria da saúde de seus integrantes, tirando o foco da doença e voltando a atenção para a construção coletiva de conhecimentos que os possibilitem viver com maior satisfação e menos limitações.

As relações sociais, quando satisfatórias, têm sido citadas como estando comumente associadas ao melhoramento da saúde (Ramos, 2002). A possibilidade de receber e de fornecer ajuda contribui para um senso de controle pessoal, que influencia positivamente no bem-estar psicológico. Dessa forma, Ramos salienta a relevância das relações sociais para a saúde da pessoa idosa e as destaca como um aspecto fundamental no planejamento de ações junto a esta população, no sentido de promover relações sociais estáveis entre jovens e idosos e também entre estes últimos e seus pares. Nesse sentido, a participação neste tipo de atividade contribui para aumentar a autoestima dos idosos e distancia-os da imagem estereotipada do velho como um ser solitário, doente, triste e inútil.

Na área da saúde, portanto, os grupos devem integrar mais amplamente as políticas sociais para diminuir os obstáculos que os idosos enfrentam para a adoção de práticas saudáveis e a inserção social. Estes grupos compreendem aspectos educativos e reflexivos que são incrementados com a finalidade primordial de possibilitar reflexões, adaptações ou mudanças, estimulando novas aprendizagens para o enfrentamento de problemáticas específicas (Afonso & Coutinho, 2010). Os trabalhos em grupo atuam como facilitadores de reflexão e tomada de consciência de aspectos importantes do cotidiano e, como tal, sua metodologia não pode se restringir a mera atividade informativa, mas deve ser participativa, com emprego de métodos e técnicas que facilitem aos participantes expressar sentimentos e percepções acerca de fatos ou informações, ressignificar seus conhecimentos e valores e perceber as possibilidades de mudanças.

Os grupos psicoeducativos diferem dos socioeducativos por colocarem maior ênfase em aspectos psíquicos que interferem nas condições de saúde-doença enfocadas e visam levar os participantes a refletirem sobre suas experiências. Este tipo de grupo costuma ser formado por até vinte participantes que possuem alguma característica comum e tem um foco de trabalho, partindo de questões previamente definidas que se tornam objeto de reflexão. Em seu espaço, são veiculadas informações, esclarecidas dúvidas, questionadas crenças e promovida a conscientização de várias ações. O profissional de saúde utiliza recursos educativos no esforço de ampliar as possibilidades de compreensão da informação e a motivação dos integrantes. Enfatiza-se, portanto, a dimensão pedagógica e se utiliza a informação e a reflexão sem pretender um aprofundamento na realidade psicológica dos participantes (Afonso & Coutinho, 2010).

Na implementação de atividades grupais, pode-se aproveitar os espaços de convivências para idosos já estabelecidos, presentes em universidades públicas e privadas, em centros de saúde, em órgãos privados, bem como em contextos culturais e religiosos. Os projetos de Universidade Aberta a Terceira Idade - UNATIs, propondo-se a promover a saúde e a cidadania dos idosos, têm criado espaços para propiciar-lhes assistência, trabalho preventivo e atividades culturais e de lazer, ao mesmo tempo que possibilitam pesquisas e colaboram na formação de profissionais de diferentes áreas (Cervato, Derntl, Latorre & Marucci, 2005; Veras & Caldas, 2004). A proposta é ajudar os idosos a manterem-se ativos e saudáveis, com maior autonomia e sociabilidade, e assegurar seu direito ao lazer, à informação e à educação.

Para que os programas grupais alcancem o reconhecimento esperado é necessário investir na realização de estudos que tenham por finalidade uma compreensão mais clara da efetividade dos programas oferecidos aos idosos. Embora dados epidemiológicos possam sugerir diretrizes e metas para mudanças comportamentais e ambientais, eles não indicam como delinear um programa de intervenção de modo a alcançar aceitabilidade e aplicabilidade. Nesse sentido, o grupo alvo do programa deve avaliar antecipadamente o significado das metas da intervenção, a adequação social de seus procedimentos e a importância social de seus efeitos. Deve-se definir os comportamentos alvo (variável dependente) e as ênfases da intervenção de acordo com o *feedback* recebido dos prováveis participantes, o que pode levar a reformulações e reestruturações dos planos elaborados pelos especialistas (Bailey & Burch, 2002; Winett, Moore & Anderson, 1991).

As intervenções mais prováveis de serem disseminadas e adotadas são aquelas que, além de mostrarem mudanças comportamentais, também evidenciam validade social (Bailey & Burch, 2002). Todavia, não é apropriado considerar que uma intervenção que mostra mudanças mínimas, mas é bem apreciada pelos participantes, seja válida socialmente. Para ser assim considerada, uma intervenção deve ser dirigida a problemas socialmente relevantes, deve ser aceita e usada apropriadamente pelos grupos-alvo e deve ter suficiente impacto comportamental

para reduzir a probabilidade da ocorrência do problema. A expectativa é que os programas de mudança de comportamento não somente sejam bem aceitos pelo público-alvo, mas que também alcancem uma diferença verificável na saúde e qualidade de vida das pessoas (Winett & cols., 1991).

No trabalho para mudança de estilo de vida, é necessário atentar para alguns princípios gerais, tais como: abordagem individualizada; instruções específicas; envolvimento do usuário no planejamento, seleção e implementação do programa; prevenção de resposta; estabelecimento inicial de objetivo pequeno e fácil de ser conquistado; seleção de atividades que combinem as necessidades e preferências do usuário, assim como supressão de situações em que a atividade esperada torne-se outro dever para a pessoa (Marlatt & Gordon, 1993). Em outras palavras, as recomendações de mudanças comportamentais devem ser motivadoras para o indivíduo, sensíveis a sua cultura e adaptadas às suas necessidades.

No Centro Geriátrico Albertinen – Haus em Hamburgo, no ano de 2001, um programa foi desenvolvido e oferecido aos moradores da cidade com idade superior a 60 anos (Dapp, Anders, von Renteln-Kruse & Meier-Baumgartner, 2005). O objetivo consistiu em ampliar a capacidade de indivíduos idosos de reconhecer e resolver problemas de modo independente. O programa contou com o trabalho de uma equipe multidisciplinar composta por médicos, assistentes sociais, fisioterapeutas e nutricionistas. Em pequenos grupos, foram abordadas questões referentes à nutrição, atividade física e atividade social. As alterações de comportamentos foram planejadas em etapas pequenas e realistas, com os idosos participando da tomada de decisões e buscando integrar as mudanças em sua rotina diária. Cada participante recebeu também orientações e recomendações individuais por meio de contato pessoal e de material gráfico. Como resultado, alterações comportamentais positivas foram observadas no estilo de vida dos participantes.

Bode e Ridder (2007) apresentam resultados de outro estudo que investigou indivíduos entre 50 e 75 anos engajados em um programa de preparação para o envelhecimento. O programa educativo e preventivo era constituído por quatro reuniões semanais e compreendia exercícios e discussões em grupo combinadas com trabalhos individuais. Os participantes relataram níveis elevados de autoeficácia e mostraram vivenciar o envelhecimento menos como um processo de declínio físico e mais em termos de perdas sociais. Contudo, eles relataram níveis baixos de ações preventivas.

1.4 Programas de promoção da saúde do idoso: panorama brasileiro

O levantamento de estudos brasileiros sobre programas grupais de promoção da saúde com idosos mostra que os trabalhos apresentam diversos objetivos e delineamentos, abarcando desde pesquisas de revisão (Assis & cols., 2004; João & cols., 2005) até estudos pré ou quase experimentais do tipo pré e pós teste (Cervato & cols., 2005). Predominam os estudos

descritivos e qualitativos com base na observação participante e na pesquisa-ação (Assis, 2004; Carvalho & cols., 2004; Diogo, Ceolim & Cintra, 2000; Rolim, Bezerra, Moreira & Araújo, 2004; Teixeira, 2002; Vieira & Castiel, 2003).

Os programas educativos, por meio de diversos procedimentos pedagógicos, atuam no sentido de propiciar aos idosos novos conhecimentos e oportunidades para buscar seu bem-estar físico e emocional, favorecendo ações e decisões destinadas a manter e melhorar a saúde e/ou a prevenir e tratar enfermidades. As finalidades, em geral, consistem em ampliar o nível de conhecimento dos participantes acerca de mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento e de patologias específicas, contribuir para a modificação de estilos de vida prejudiciais à saúde, despertar a consciência crítica para a busca de um envelhecer melhor, diminuir fatores de risco para doenças e promover comportamentos de autocuidado (Carvalho & cols., 2004; Cervato & cols., 2005; Diogo & cols., 2000; Garcia & cols., 2006; João & cols., 2005; Rolim & cols., 2004; Teixeira, 2002).

Assis e cols. (2002) ressaltam que a promoção do envelhecimento saudável requer ainda fortalecer e instrumentalizar este segmento da população em suas lutas por cidadania e justiça social. Mediante a ação junto aos idosos participantes, pretende-se atingir também a família e a comunidade destes, já que ao serem capacitados a agir na preservação e melhoria de sua saúde, os participantes podem atuar como multiplicadores com importantes repercussões no nível social.

As estratégias metodológicas empregadas nos grupos têm sido bastante diversificadas, com apresentação de várias atividades, dinâmicas de grupo, exposição oral e relato de experiências. São ressaltadas oportunidades para a troca de experiências, identificação de dificuldades e abordagem de aspectos emocionais. A fala dos participantes é estimulada e assume um lugar de destaque.

Os programas comumente adotam uma perspectiva problematizadora ou participativa, visando estimular a autonomia do educando e capacitá-lo para atuar sobre os fatores que afetam seu funcionamento (Cervato & cols., 2005; Gonçalves & Schier, 2005; Rolim & cols., 2004). Nestas propostas, os profissionais de saúde desempenham o papel de facilitadores do processo de mudança e estimulam o debate sobre os fatores que dificultam o autocuidado para que os próprios idosos possam reconhecê-los e problematizá-los (Assis & cols., 2002).

Os idosos, em tal contexto, têm a oportunidade de expressar seus sentimentos, organizar seus pensamentos e refletir sobre suas formas habituais de pensar, sentir e agir. Dessa forma, podem transformar-se de beneficiários passivos a agentes do próprio cuidado. Nos encontros com seus pares, além de desfrutarem da oportunidade de acesso a informações importantes, eles têm ainda possibilidades de partilhar suas experiências, são estimulados a buscar o conhecimento do próprio corpo e de suas emoções, vivenciam afeto e amizade e podem reformular suas concepções e produzir novos conhecimentos.

No planejamento das atividades educativas voltadas para idosos, Diogo e cols. (2000) ressaltam a importância de considerar alterações cognitivas (por exemplo: alterações na memória) e sensoriais (por exemplo: declínio na visão e na audição) e fatores sociais, econômicos e culturais, como a escolaridade dos participantes e a motivação e interesse destes e de seus familiares para receberem novas informações.

As temáticas abordadas alcançam um amplo leque de assuntos, desde aqueles voltados para informações relativas a patologias específicas (Carvalho & cols., 2004; Vieira & Castiel, 2003) e a cuidados com a alimentação (Cervato & cols., 2005) e a adoção de hábitos saudáveis (Assis, 2004), até aqueles relacionados a alterações comuns no envelhecimento, sexualidade, sentido da vida e solidariedade (Diogo & cols., 2000; João & cols., 2005; Rolim & cols., 2004; Teixeira, 2002).

No entanto, Assis e cols. (2004) verificaram que a maior parte dos programas desenvolvidos com idosos enfoca especificamente uma temática, seja o controle de patologias, tais como osteoporose, câncer, doenças cardiovasculares, depressão e demências, sejam fatores de risco ou ações específicas, tais como quedas, saúde oral, imunização, alimentação e atividade física. Os estudos com foco multitemático e que representam ação educativa com fins preventivos e assistenciais, alvos de um levantamento efetuado pelos referidos autores, foram identificados em menor número.

A duração das atividades grupais também apresenta grande variedade, indo desde grupos abertos, formados com idosos em situação de internação hospitalar (Gonçalves & Schier, 2005) até grupos fechados, compreendendo dez ou mais encontros durante um período estendido de tempo (Assis, 2004; Morais, 2009). A Figura 1 resume trabalhos em grupo desenvolvidos no país na última década, com destaque para suas estratégias pedagógicas e temáticas abordadas nos encontros.

O desenvolvimento destes programas, em grande parte, é referido como trabalho multidisciplinar (Assis, 2004; Assis & cols., 2002; Cervato & cols., 2004; Teixeira, 2002), embora nem sempre seja especificada a composição da equipe. Os dados apontam para uma participação mais efetiva de profissionais da área de enfermagem (Diogo & cols., 2000; Rolim & cols., 2004) e de nutrição (Carvalho & cols., 2004; Cervato & cols., 2005). Assis e cols. (2004) verificaram que, em metade dos estudos analisados por eles, a equipe era composta por profissionais de pelo menos três áreas diferentes e que os trabalhos realizados por uma única área referiam-se, na maior parte das vezes, a intervenções realizadas por enfermeiros. No entanto, esses autores ressaltam que a dinâmica de trabalho nem sempre é clara nestes estudos e parece tratar-se da participação estanque de profissionais de áreas diversas, sem maior integração e com pouca referência a espaços de construção conjunta do trabalho pela equipe.

Estudo	Programa/Projeto	Estratégias Pedagógicas
Assis (2004)	Grupo Encontros com a Saúde – GES/Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), vinculado à Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/ UERJ), que visa socializar e debater informações disponíveis sobre envelhecimento e formas de prevenção e controle das patologias comuns com o avançar da idade, bem como favorecer o autocuidado simultaneamente à satisfação com a vida.	Debates, dinâmicas grupais que favorecem a expressão dos idosos sobre suas experiências de vida e conhecimentos sobre saúde. Distribuição de folders e/ou pequenos textos sobre assuntos tratados em cada reunião. Temáticas: possibilidades e limites, alimentação, atividade física, estresse, sexualidade, memória, saúde oral, direitos dos idosos e noções de doenças.
Carvalho e cols. (2004)	Programa Terceira Idade em Ação – PTIA/UFPI, que oferece disciplinas em diversas áreas do conhecimento, além de outras atividades culturais e de lazer, voltadas para os idosos como o objetivo de torná-los melhor informados e conscientes dos problemas relacionados com a osteoporose, além de agentes sociais multiplicadores desse conhecimento.	Aulas com uso de diversos recursos audiovisuais, músicas e dinâmica de grupo. Atividades práticas relativas a exercícios físicos e preparações culinárias. Apresentação de uma cartilha sobre osteoporose ao término do curso. Temáticas: osteoporose, prevenção de quedas, sedentarismo, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, refrigerantes e de cafeína, ingestão alimentar de cálcio e vitamina D.
Cervato e cols. (2005)	Projetos denominados "Universidades Abertas para a Terceira Idade", vinculados a quatro instituições da rede particular de ensino superior do município de São Paulo, tendo por objetivo conscientizar os alunos quanto ao hábito alimentar, de modo a mobilizá-los para o auto-cuidado.	Aulas interativas de nutrição com o apoio didático de uma apostila e orientação alimentar individual, adaptada de um Guia Alimentar com orientações gerais. Temáticas: importância da alimentação para a saúde dos indivíduos, grupo de alimentos e suas funções no organismo, necessidades e recomendações nutricionais específicas para a população idosa, auto-cuidado em nutrição.
Diogo e cols. (2000)	Grupo de Atenção à Saúde do Idoso – GRASI/Ambulatório de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Unicamp: programa educativo voltado a idosos e seus familiares, que visa contribuir para a compreensão do processo de envelhecimento e dos problemas a ele relacionados.	Realização de desenhos, relatos de experiências, recortes de revistas, cartazes, exposição oral, exercícios, técnicas associativas facilitadoras de memorização, técnica simples de relaxamento e revisão ao final de cada encontro. Temáticas: Memória e envelhecimento, sono e alterações no envelhecimento, quedas e alterações visuais no envelhecimento.
Garcia e cols. (2006)	Grupos de idosos realizados em sete Unidades Básicas (UBS) do Distrito Noroeste de Saúde de Campinas-SP: grupos de acompanhamento terapêutico; de atividades socioculturais e de atividades físicas e terapêuticas.	Dinâmicas diferenciadas em cada tipo de grupo e serviço: palestras, discussões, passeios, atividades corporais, artesanato e aplicação de práticas alternativas.

Figura 1. Caracterização de programas de promoção da saúde para idosos realizados no Brasil

Continuação da Figura 1:

Estudo	Programa/Projeto	Estratégias Metodológicas
Gonçalves e Schier (2005)	Programa de ação sócio-educativa denominada “Grupo Aqui e Agora” desenvolvido no Hospital Universitário da UFSC com o objetivo de despertar em pacientes geriátricos internados em condições físicas, mentais ou psíquicas favoráveis e seus familiares presentes a percepção e a compreensão do autocuidado como essencial à manutenção de uma vida ativa e autônoma, em quaisquer circunstâncias de saúde-doença.	Grupos de ajuda mútua realizado para privilegiar a participação dos acompanhantes juntamente com os respectivos parentes hospitalizados, com realização de diferentes técnicas de dinâmica de grupo, seguidas de reafirmação dos objetivos do encontro e de sua importância. Emergência dos temas na discussão grupal.
Morais (2009)	Intervenções grupais do setor de psicologia de um centro de referência à saúde do idoso da Secretaria Municipal de Saúde, em Belém- PA, que tiveram como principal objetivo a prevenção e a promoção da saúde.	Técnicas de dinâmica de grupo, sensibilização, dramatizações, vídeos, músicas, pinturas, desenhos, colagens, danças, prática do Lian Gong, relaxamento, alongamento, canto e oficinas temáticas. Grupos desenvolvidos: Cuidando do Cuidador (momentos de reflexão sobre o “cuidar” de idosos); Exercitando o Corpo e a Mente (estímulo a descoberta de práticas corporais e a estímulos mentais saudáveis); Cuidando da Saúde com Alegria (conscientização do autocuidado através da descoberta de atividades prazerosas).
Rolim e cols. (2004)	Ação grupal no parque olímpico do pólo esportivo de uma escola da rede particular de ensino, localizada em Fortaleza-CE, que objetivou promover uma reflexão sobre o autocuidado em saúde, favorecer a vivência de práticas de educação em saúde e o desenvolvimento de habilidades em mulheres idosas.	Oficinas educativas realizadas com base na abordagem problematizadora, contemplando o cuidado intrapessoal, interpessoal, sócio-civilizatório, ecológico e vivências grupais. Temáticas: autoestima, autocuidado, sentido da vida, comunicação, relação e virtudes humanas, ética, cooperação, direitos humanos, solidariedade, congregação, conquistas humanizantes para uma cultura de paz.
Teixeira (2002)	Projeto de Valorização do Envelhecer – PROVE/UFRJ, que oferece várias atividades de grupo para pessoas acima de 60 anos com o objetivo de trabalhar temáticas ligadas ao processo de envelhecimento e conscientizar os idosos para a construção positiva do processo de envelhecer, visando a autonomia.	Informação-reflexão em três vertentes: 1) gerenciamento democrático do Projeto, 2) abordagem conceitual e discussão de temas propostos pelos usuários, 3) palestras interativas de Orientação em Saúde. Temáticas propostas pelos usuários relacionadas ao envelhecimento e palestra “Viva bem a idade que você tem” do Ministério da Saúde.

Esse fato mostra a necessidade de se estudar formas de maior e mais efetiva participação do psicólogo em trabalhos desenvolvidos em grupos orientados para a prevenção de doenças ou a promoção da saúde. Questionando o papel do psicólogo em grupos temáticos, Rufatto (2004) concluiu que não há um tema específico para a fala deste profissional, mas há um lugar, na medida em que este deve atuar como um facilitador. Nessa perspectiva, o psicólogo pode atuar junto a outros especialistas, ajudando-os a perceber, por exemplo, que a informação por si só nem sempre é suficiente para que o usuário modifique sua atitude. Junto aos participantes, o psicólogo pode atuar de modo a fazer emergir questões de ordem não objetiva e possibilitar o reconhecimento de pontos positivos no cotidiano e da importância de serem os responsáveis pela própria saúde (Morais, 2009).

Nas UnATIs, muitas atividades, mesmo não sendo desenvolvidas por psicólogos, têm um forte conteúdo psicológico, na medida que os alunos são estimulados a falar de suas experiências e discuti-las com uma base mais ou menos elaborada de conceitos e pressupostos oriundos da ciência psicológica (Lima, 1999). Infere-se, portanto, que a psicologia e os psicólogos têm muito a contribuir para favorecer o embasamento teórico, a dinâmica e a coordenação dos grupos de promoção de saúde para idosos, acolhendo e tratando com propriedade questões referentes, por exemplo, a mudanças de comportamento, revisão de crenças e expressão de sentimentos e emoções.

De um modo geral, os idosos, por meio de medidas de autorrelato, mostram-se satisfeitos com a participação nos programas educativos, destacando, sobretudo, o vínculo afetivo com o grupo, o aprendizado alcançado e o impacto sobre sua saúde (Assis, 2004; Assis & cols., 2002; Assis & cols., 2004; Carvalho & cols., 2004; Cervato & cols., 2005; Diogo & cols., 2000; João & cols., 2005; Rolim & cols., 2004). Além disso, os resultados dos programas demonstram que a participação dos idosos favorece o empoderamento, na medida em que os grupos atuam como apoio social e proporcionam uma reflexão crítica acerca dos valores negativos associados à velhice (Teixeira, 2004).

No entanto, o perfil dos idosos integrantes dos grupos de promoção da saúde destaca-se pelo predomínio da participação feminina (Assis, 2004; Assis & cols., 2004; Carvalho & cols., 2004; Cervato & cols., 2005; Rolim & cols., 2004). Segundo Cervato e cols. (2005), as mulheres idosas mostram-se mais sensibilizadas às necessidades demandadas para a promoção da saúde em decorrência de sua experiência na utilização dos serviços de saúde em outras fases da vida. Assim, estratégias motivadoras para a maior participação de representantes do sexo masculino em grupos orientados para a prevenção primária fazem-se necessárias. Por conseguinte, percebe-se a relevância de melhor compreender o universo masculino em relação a questões de saúde e doença, de modo a oferecer a esse segmento da população serviços mais condizentes com suas reais problemáticas, expectativas e demandas.

1.5 Gênero e saúde: riscos e cuidados com a saúde entre homens idosos

Os indicadores de morbimortalidade, medidos por demanda aos serviços e por inquéritos populacionais, evidenciam que há riscos diferenciados de adoecimento e de morte para homens e mulheres relacionados a aspectos tanto biológicos como a processos socioculturais. As mulheres apresentam doenças crônicas e incapacidades com maior frequência do que os homens (Abreu, César & França, 2009; Laurenti, Jorge, & Gotlieb, 2005; Lunenfeld, 2002; Redondo-Sendino, Guallar-Castillón, Banegas & Rodríguez-Artalejo, 2006). No entanto, no Brasil, os homens apresentam uma expectativa média de vida em torno de sete anos menor do que a das mulheres, bem como as chances de morrer antes de completar os 23 anos de idade é estimada em um óbito feminino para 4,5 mortes masculinas (Brasil, 2009; IBGE, 2010).

Em análise dos diferenciais de mortalidade entre os sexos, Abreu e cols. (2009) verificaram que, no período de 1983 a 2005, as mortes evitáveis no Brasil representaram cerca de 32% dos óbitos entre homens. Estes mostraram risco maior de morrer em relação às mulheres em causas de morte evitáveis tanto por diagnóstico e tratamento precoce como por melhoria no tratamento e na atenção médica e por doença isquêmica do coração. Estas diferenças tornaram-se maiores com o avanço da idade, particularmente após os 45 anos.

No contexto de saúde, gênero tem sido considerado frequentemente como sinônimo de questões e interesses do público feminino (Lunenfeld, 2002). Esta realidade merece destaque nas preocupações que movimentam os estudos e discussões na área da saúde, considerando que entre os homens verifica-se, conforme constatado por Abreu e cols. (2009), grande incidência de patologias que podem ser evitadas ou identificadas e tratadas em seus estágios iniciais, como doenças cardiovasculares, hipertensão e neoplasias malignas (Brasil, 2009; Issa, Fenter, Black, Grogg & Kruep, 2006; Lunenfeld, 2002).

A alta incidência de doenças e de mortalidade na população masculina indica que os homens, em grande parte por questões culturais e educacionais, comumente evitam a procura pelos postos de saúde e recorrem aos serviços de saúde da atenção especializada em estágio avançado da doença, o que implica em maior sofrimento físico e emocional para os mesmos e suas famílias, bem como em maiores custos para o Sistema Único de Saúde – SUS. A procura postergada pelo serviço de saúde pode implicar em perda de um tempo importante de diagnóstico precoce ou de prevenção e, conseqüentemente, no agravamento da morbidade (Brasil, 2009).

Dessa forma, a temática “homem e saúde” apresenta-se como alvo de interesse recente no campo da saúde, com esforços crescentes no sentido de identificar especificidades a serem consideradas na abordagem da saúde masculina em diferentes fases do ciclo de vida. A perspectiva de gênero tem-se revelado cada vez mais pertinente e necessária nos estudos e programas realizados, já que os determinantes de saúde mostram estar intrinsecamente relacionados a gênero. Embora a atenção dada ao tema seja ainda pequena em comparação com

as preocupações devotadas à saúde das mulheres, observa-se um progressivo aumento nos estudos e discussões sobre o envelhecimento masculino (Heinemann & cols., 2003; Kalache, 1998; Lunenfeld, 2002; Smith & Robertson, 2008).

Atualmente, a área de estudos sobre a saúde do homem constitui uma realidade em fase de consolidação, atestada, por exemplo, pela criação da *International Society for Men's Health and Gender* (ISMH) e de um periódico específico, o *Journal of Men's Health and Gender*. A ISMH constitui uma rede científica internacional e uma sociedade multidisciplinar no campo da saúde pública, medicina de gênero e ciências sociais. Sua finalidade é organizar uma sociedade virtual ao redor do mundo e oferecer instrumentos *online* para permuta de informações e educação continuada acerca da saúde do homem.

O termo “gênero” é designado 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 & cols., 2005). Segundo Scott (1995), o gênero é tanto um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, como uma forma primária de dar significado às relações de poder.

Dessa forma, as sociedades ocidentais passaram a descrever o sujeito por meio de modelos normativos (de gênero e sexual), desprezando suas construções singulares. As construções sociais passaram a moldar, 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, gerando uma identidade de gênero (Silva, 2006).

Nas concepções dominantes do masculino, representadas pelo modelo patriarcal, ser homem é tido como ser racional, ativo, provedor, sexualmente “irresponsável”, poderoso, forte, protetor, violento, decidido, corajoso, invulnerável e com corpo resistente (Braz, 2005; Giffin, 2005; Gomes & Nascimento, 2006). Tal imagem identitária revela uma naturalização do poder masculino, sem a devida contextualização sócio-histórica do significado de ser homem.

Essa masculinidade idealizada, ao defender a invulnerabilidade e uma sexualidade instintiva nos homens, tende a gerar comportamentos pouco saudáveis ou de risco e, assim, predispõe os homens a certas doenças, lesões e mortes (Courtenay, 2000; Figueiredo, 2005; Lee & Owens, 2002). O ideal heroico de ser do homem coloca-o numa posição de vulnerabilidade física e psíquica para aquisição e agravamento de doenças, que se apresenta, por exemplo, na dificuldade de procurar ajuda ou cuidados médicos e em descuidos com o próprio corpo, já que cabe a ele ser forte. Nessa perspectiva, Braz (2005, p. 101) argumenta que a “*questão de gênero que perpassa a conduta e os hábitos masculinos produz não somente modos de vida, como também modos de adoecer e morrer*”.

Os homens apresentam uma baixa procura por serviços de saúde, em especial pelas unidades básicas de saúde, bem como se dedicam menos do que as mulheres a cuidados

preventivos, agindo mais em função da necessidade de reparação de problemas já existentes com predominância da procura por pronto-socorro, farmácia e ambulatório de sindicato (Couto & cols., 2010; Gomes & cols., 2007; Lunenfeld, 2002; Pinheiro, Viacava, Travassos & Brito, 2002).

Linhares e cols. (2003) verificaram que a clientela atendida em um ambulatório de geriatria de um hospital universitário era composta primordialmente por pacientes do sexo feminino. Dos 303 pacientes incluídos em estudo realizado pelos autores com o objetivo de ampliar o conhecimento acerca da população idosa usuária do sistema público de saúde, cerca de 70% eram mulheres. Veras (2003), em estudo realizado junto a 360 indivíduos idosos entrevistados no guichê de recepção de um ambulatório da rede pública, também encontrou uma demanda por serviços ambulatoriais consistentemente menor entre os homens. Uma das explicações levantada por Linhares e cols. para a não chegada ao ambulatório de um número mais significativo de homens idosos foi de que é possível que estes tenham contato com o sistema de saúde em estado mais avançado de doenças, o que implica em tratamentos mais onerosos ou mesmo irreversíveis quando comparados à assistência prestada no acompanhamento geriátrico em nível ambulatorial.

A menor procura masculina por serviços de saúde pode ser melhor compreendida se considerarmos que, na socialização dos homens, o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido de saúde são questões em geral pouco valorizadas (Schraiber & cols., 2005) e que estes, em geral, não são levados a cultivar competências necessárias para compartilhar sentimentos (Miller & Iris, 2002). Conforme Linhares e cols. (2003), as mulheres podem queixar-se mais do que os homens por serem incentivadas e autorizadas pela sociedade a comunicar de modo mais claro e intenso suas aflições em relação às dores e desconfortos vivenciados, utilizando com maior frequência estratégias como choro, lamentações e procura por profissionais e serviços de saúde.

A baixa adoção de práticas de autocuidado e a pequena presença dos homens nos serviços de saúde são associadas, portanto, a fatores como a desvalorização do autocuidado, a preocupação incipiente com a saúde e a dificuldade de expor seus problemas e de verbalizar as próprias necessidades de saúde (Figueiredo, 2005).

Um estudo conduzido por Gomes e cols. (2007) chama a atenção para as influências culturais envolvidas na questão e evidencia que os homens temem que condutas preventivas possam ser interpretadas como demonstração de fraqueza, medo ou insegurança e que gerem desconfianças em relação a sua masculinidade. O estudo revela outros fatores importantes para compreender o padrão diferenciado de cuidados com a saúde dos homens em comparação com as mulheres, incluindo o medo da descoberta de uma doença grave, a vergonha da exposição do corpo perante o profissional de saúde e a não disponibilização de programas ou atividades direcionadas especificamente para a população masculina. Esse padrão de comportamento

masculino, com atraso no diagnóstico e tratamento de agravos à saúde, é preocupante na medida em que pode gerar graves consequências clínicas e econômicas, levando a dor desnecessária, sofrimento e maior consumo de recursos de saúde (Issa & cols., 2006).

As diferenças de sexo ocorrem ao longo de todo o curso da vida humana, mas pressupõe-se que haja expressões específicas em diferentes estágios da vida. Torna-se crucial, portanto, compreender envelhecimento e saúde nessa perspectiva de gênero para que os programas e pesquisas na área da saúde alcancem a eficácia almejada (Kalache, 1998; Lunenfeld, 2002; Stlin, Eckermann, Mishra, Nkowane & Wallstam, 2007). No entanto, Lunenfeld (2002) chama a atenção para a falta de foco, de conexão e de esforço interdisciplinar presentes na abordagem convencional do envelhecimento masculino. Conforme este autor, os homens que são educados sobre o papel que cuidados de saúde preventivos podem desempenhar no prolongamento e qualidade de suas vidas são mais prováveis de participar em consultas de saúde. No caso de homens idosos, o alcance deste objetivo traz a necessidade, entre outras medidas, de estabelecer programas capazes de torná-los melhor informados sobre o processo de envelhecimento normal do homem e promover o envelhecimento de modo mais positivo e ativo. Isso pode favorecer-los quanto a serem administradores ativos de sua própria saúde, bem como da saúde do seu ambiente social.

Thompson e cols. (2003) ressaltam que há poucos dados empíricos disponíveis quanto à eficácia de intervenções em grupo com idosos do sexo masculino. Contudo, tais autores, com base em evidências clínicas, defendem que estes possam se beneficiar dos grupos psicoeducativos baseados nos princípios cognitivo-comportamentais especificamente desenvolvidos para abordar suas necessidades. Orientam que os grupos para esta clientela sejam pequenos e fechados e que devam apresentar um equilíbrio entre informações, apoio do grupo e técnicas de enfrentamento.

Nessa perspectiva, torna-se urgente reconhecer os determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, bem como abordar as questões masculinas nos debates acerca da prevenção e da promoção em saúde (Schraiber & cols., 2005). É nessa linha de investigação que se situa a presente pesquisa, desenvolvida no intuito de melhor compreender como, a partir de conhecimentos e técnicas psicológicas, é possível auxiliar homens idosos a ampliarem seus repertórios comportamentais no sentido de fortalecer os cuidados com a própria saúde.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

As questões centrais que nortearam a investigação conduzida neste trabalho foram: quais os cuidados pessoais adotados por homens idosos na busca da melhoria ou manutenção da saúde e como estes podem ser fortalecidos ou ampliados a partir de estratégias de intervenção grupais? Um programa de intervenção em grupo pode ser efetivo para tornar homens idosos mais participativos quanto a decisões relativas à própria saúde, de modo a aumentar ou fortalecer seus repertórios de autocuidado e diminuir seus comportamentos prejudiciais à saúde? Há demandas e necessidades específicas de homens idosos para intervenção em saúde, que justifique o desenvolvimento de uma estrutura de atuação psicoeducativa voltada exclusivamente para eles? Que indicativos podem ser oferecidos quanto a adaptações ou aprimoramentos necessários nas ações de promoção de saúde com grupos de idosos quando a clientela alvo for composta apenas por homens?

Diante do exposto, o objetivo geral do presente estudo consistiu em desenvolver e avaliar os efeitos de uma intervenção grupal psicoeducativa focalizada no fortalecimento de respostas de autocuidado entre homens idosos e na modificação de suas crenças e hábitos prejudiciais à saúde. Os objetivos específicos que orientaram o estudo foram:

1. Identificar as necessidades de cuidados com a própria saúde entre homens idosos, com base no autorrelato de seus repertórios de comportamentos e crenças;
2. Estruturar e implementar uma intervenção psicoeducativa para auxiliar homens idosos na aquisição de condutas promotoras de saúde e de prevenção ou controle de doenças;
3. Analisar, a partir de indicadores verbais, os efeitos das estratégias de intervenção junto aos participantes em relação ao aumento de comportamentos de autocuidado, à busca por serviços de saúde, a mudanças de hábitos prejudiciais à saúde e de crenças disfuncionais.
4. Avaliar a percepção da qualidade de vida, em níveis globais e em domínios específicos, antes e após a intervenção psicoeducativa.
5. Verificar os ganhos percebidos e a satisfação dos próprios idosos com a participação no programa de intervenção.

Partiu-se do pressuposto, tendo em consideração a literatura revista, que a participação no grupo de intervenção psicoeducativo aumentaria os relatos dos participantes acerca de mudanças ou intenção de mudanças comportamentais quanto a emissão de condutas promotoras da saúde e a diminuição daquelas prejudiciais à saúde.

CAPÍTULO III

MÉTODO

Este capítulo descreve as decisões metodológicas empregadas na coleta e na análise de dados, explicitando as diferentes etapas e ações realizadas na condução da pesquisa, bem como as técnicas quantitativas e qualitativas utilizadas para analisar os dados obtidos.

A pesquisa foi conduzida com delineamento quase-experimental, compreendendo a avaliação de um único grupo com pré-teste e pós-teste, sem grupo controle. Implicou, portanto, numa avaliação intrasujeito com a seguinte estrutura: um grupo de idosos do sexo masculino participou de avaliações iniciais individuais destinadas ao levantamento da linha de base e, na sequência, recebeu a intervenção psicoeducativa proposta, que foi seguida por duas outras avaliações semelhantes, relativas à avaliação pós-intervenção (após o término das sessões) e ao seguimento (decorridos quatro meses após o término da intervenção).

3.1 Participantes

Foram convidados e aceitaram integrar o estudo treze homens com idades variando entre 62 e 78 anos ($M=69,5$), de níveis diversos de escolaridade, credos religiosos distintos e rendas familiares variadas, recrutados entre idosos participantes de um Centro de Convivência para Idosos – CCI. Todos eles estavam aposentados, após o exercício de diferentes ocupações, mantinham relações conjugais estáveis há, no mínimo, quinze anos e apresentavam pelo menos uma doença crônica, sendo as mais frequentes diabetes mellitus, hipertensão arterial e doença cardíaca. A Tabela 1 apresenta as principais características sociodemográficas de cada um dos participantes. Para assegurar o anonimato, eles foram designados por nomes fictícios.

Os critérios de inclusão na amostra consistiram em ter idade igual ou superior a 60 anos, ser do sexo masculino e alfabetizado. Como critérios de exclusão, os participantes não deveriam apresentar doenças crônico-degenerativas comprometedoras de suas capacidades cognitivas e funcionais, incluindo dificuldades no desempenho de atividades de vida diária (AVD), como vestir-se e alimentar-se, bem como de atividades instrumentais de vida diária (AIVD), como fazer compras e usar transporte público.

3.2 Local de realização do estudo

O Centro de Convivência do Idoso – CCI que colaborou com a realização deste estudo consistia em um projeto social e de extensão em funcionamento em uma instituição de ensino superior privada do Distrito Federal, que tinha por finalidade proporcionar à população a partir de 60 anos acesso a conhecimentos gerados na Universidade, de modo a contribuir para fortalecer a autonomia e o envelhecimento saudável, prevenir o isolamento social e proporcionar a educação continuada como instrumento de autorrealização e reinserção social.

Tabela 1. Relação dos participantes do estudo ($N=13$)

Participante	Idade (anos)	Nível de Escolaridade	Religião	Renda (SM)	Ocupação prévia à aposentadoria
Amadeu	76	Fundamental Incompleto	Evangélica	1-3	Vigilante
Artur	66	Fundamental Completo	Espírita	7-9	Servidor Público
Berilo	75	Fundamental Completo	Evangélica	1-3	Mecânico
Edgar	69	Médio Incompleto	Católica	4-6	Caminhoneiro
Eusébio	63	Médio Incompleto	Católica	7-9	Policial militar
Franco	78	Fundamental Incompleto	Católica	4-6	Mecânico
Fausto	66	Médio Completo	Evangélica	1-3	Oftalmetrista
Gastão	62	Fundamental Incompleto	Católica	1-3	Eletricista
Jânio	71	Médio Incompleto	Católica	4-6	Mestre de tecelagem
Mário	72	Médio Completo	Católica	1-3	Protético
Oscar	70	Médio Completo	Sem religião	1-3	Atendente de farmácia
Ozias	73	Superior Completo	Espírita	4-6	Professor
Sérgio	63	Médio Completo	Católica	7-9	Policial militar

Os idosos inscritos no projeto tinham acesso a atividades físicas, artístico-culturais e socioeducativas, que eram realizadas durante toda a semana em horários diversos e de forma gratuita. Paralelamente aos cursos e atividades regulares, os integrantes eram convidados a participar de palestras sobre temas diversos, como saúde bucal, direito dos idosos, prevenção de doenças e sexualidade, bem como de atividades artísticas e culturais, como serestas, bailes e diversas oficinas, destacando artesanato e música. Por ocasião da realização da pesquisa, as atividades relativas a palestras, oficinas e confraternizações estavam destinadas a ocorrer às sextas feiras, no período vespertino. Assim, aproveitando este dia e horário já organizados para atividades formativas e complementares, o grupo de homens idosos ocorreu às sextas feiras, no horário das 14 às 16 horas.

3.3 Instrumentos

Na coleta de dados, buscou-se obter o relato verbal descritivo e avaliativo dos participantes acerca de suas condições de vida e de saúde e de seus cuidados com a própria saúde. Para tanto, foram utilizados os seguintes instrumentos:

3.3.1 Questionário de Avaliação da Saúde do Homem Idoso – QUASHI I. Construído para os fins desta pesquisa, o QUASHI visa reunir medidas de autorrelato quanto à avaliação das condições gerais de saúde, concepções de saúde e de envelhecimento saudável, frequência de acesso a serviços de saúde, frequência de comportamentos de proteção à saúde e indicação de fatores externos e internos relacionados aos cuidados com a saúde pessoal.

O questionário, disponibilizado na íntegra no Anexo 1, contém ao todo 32 questões, abertas e fechadas, e foi estruturado em cinco partes. A parte I – caracterização

sociodemográfica — contém doze questões direcionadas para o levantamento de variáveis pessoais, como idade, nível de escolaridade e situação conjugal. A parte II — autoavaliação da saúde e doenças autorreferidas — contém três conjuntos de questões que visam levar o respondente a manifestar sua concepção de saúde, avaliar seu estado de saúde geral e atual em escala *Likert* de cinco pontos, comparar sua saúde pessoal com a de outros idosos e a própria saúde em fases anteriores do ciclo de vida, bem como identificar seus agravos à saúde a partir de uma lista prévia de enfermidades. A parte III — busca e utilização de serviços de saúde — contém nove questões para verificar, em relação aos últimos doze meses, quais os serviços de saúde acessados pelo respondente, os exames médicos realizados e os tipos de atendimento recebidos, assim como para sondar possíveis dificuldades na realização dos exames e na adesão aos tratamentos prescritos. A parte IV — comportamentos preventivos e promotores de saúde — contém seis conjuntos de questões para verificar os tipos e a frequência, em escala de quatro pontos, de ações emitidas pelo participante na busca de um envelhecimento saudável e ativo, além de sondar, dentre alternativas oferecidas, possíveis barreiras e os tipos de suporte social recebidos nos cuidados à saúde. Por fim, a parte V — definição de metas de saúde — contém duas questões elaboradas com a finalidade de subsidiar o planejamento das intervenções, cujos conteúdos estão voltados para verificar, com base em alternativas prévias, os comportamentos de autocuidado que, na percepção do respondente, são merecedores de maior atenção e para levantar sugestões de temas a serem desenvolvidos nos encontros psicoeducativos.

3.3.2 Questionário de Avaliação da Saúde do Homem Idoso II e III. Duas versões simplificadas do QUASHI I foram utilizadas nas avaliações individuais posteriores ao encerramento das atividades grupais, os quais foram denominados QUASHI II (Anexo 2) e QUASHI III (Anexo 3) respectivamente. O QUASHI II contém quatro partes e dezesseis questões abertas e fechadas, sendo onze delas provenientes das partes II, III e IV do questionário precedente. A estas foram adicionadas cinco questões abertas designadas para levantar a avaliação dos participantes acerca das sessões grupais e de suas contribuições. Nesta segunda versão do instrumento, algumas questões do QUASHI foram suprimidas, simplificadas ou condensadas para agilizar a aplicação e para favorecer a comparação apenas de aspectos específicos das percepções ou comportamentos dos idosos. Nas questões relativas a exames médicos e a busca por serviços de saúde, o tempo de referência da questão mudou de doze meses para três meses, considerando ter sido este aproximadamente o tempo decorrido entre a primeira e a segunda avaliações individuais.

O QUASHI III constitui uma versão ainda mais reduzida do instrumento do que a segunda versão, apresentando doze questões, em sua maioria com solicitação de respostas por meio de alternativas múltiplas e escalas. A avaliação das sessões grupais foi abordada em duas questões elaboradas em escala tipo *Likert* de cinco pontos e destinadas a levantar a satisfação dos respondentes com a experiência no grupo e com o próprio desempenho nos encontros. O

tempo de referência para a sondagem da realização de exames e consultas médicas passou a ser de quatro meses, espaço temporal compreendido entre a segunda e a terceira avaliações individuais.

3.3.3 WHOQOL *bref*. O *World Health Organization Quality of Life* é um instrumento elaborado pela OMS para aferir medidas subjetivas e genéricas de qualidade de vida e, em sua versão completa, abarca 100 itens (WHOQOL-100). O WHOQOL *bref* (Anexo 4) consiste na versão abreviada em português do questionário e compreende 26 questões, sendo 24 delas representativas de quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio-ambiente. As respostas às questões de cada domínio podem variar entre 1 e 5. Uma versão em português do instrumento foi desenvolvida e validada por Fleck e cols. (2000). De um modo geral, este questionário apresenta um bom desempenho psicométrico, com características satisfatórias de consistência interna, validade (discriminante, de critério e simultânea) e confiabilidade.

3.3.4 WHOQOL *old*. O WHOQOL *old* consiste em um instrumento designado para avaliação da qualidade de vida especificamente de adultos idosos (Anexo 5) e deve ser empregado em conjunto com o WHOQOL *bref*. Seus 24 itens estão apresentados em escala *Likert* e distribuídos em seis facetas: funcionamento do sensório; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer e intimidade. Cada uma destas facetas possui quatro itens e, para todas elas, o escore dos valores possíveis oscila entre quatro a vinte. Os escores das seis facetas ou os valores dos 24 itens combinados produzem o escore global. A versão brasileira deste módulo do WHOQOL foi validada por Fleck, Chachamovich e Trentini (2006) e mostra características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste, evidenciando bom desempenho psicométrico na investigação da qualidade de vida em idosos.

3.4 Procedimentos de coleta de dados

O trabalho foi desenvolvido em cinco etapas principais, resumidas na Figura 2 e descritas a seguir em sua ordem cronológica.

Etapas	Procedimentos
Preparação	Teste dos instrumentos, contatos institucionais, aprovação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa, seleção dos participantes.
Linha de base	Assinatura do TCLE, entrevistas individuais com aplicação do QUASHI I, aplicação do WHOQOL <i>old</i> e do WHOQOL <i>bref</i> , definição de metas.
Intervenção	Nove sessões grupais psicoeducativas.
Avaliação pós-intervenção	Entrevistas individuais com aplicação do QUASHI II, aplicação do WHOQOL <i>old</i> e do WHOQOL <i>bref</i> .
Avaliação no seguimento	Entrevistas individuais com aplicação do QUASHI III; aplicação do WHOQOL <i>old</i> e do WHOQOL <i>bref</i> , devolutiva.

Figura 2. Etapas da pesquisa

3.4.1 Estudo Piloto: teste do QUASHI

Após a revisão teórica e a explicitação da metodologia proposta para o alcance dos objetivos deste trabalho, deu-se início a definição e elaboração dos questionários para levantamento de dados. O embasamento para a elaboração do QUASHI foi obtido em outros instrumentos disponibilizados na literatura, os quais possibilitam mensurar percepções gerais de saúde e diversos comportamentos e crenças de saúde na população em geral (por exemplo: Ware Jr., 1976) ou especificamente na população idosa (por exemplo: Fonseca & Rizzotto, 2008), mas que não incluem questões que eram de interesse de avaliação na presente pesquisa. Dois dos instrumentos consultados e, em parte, utilizados foram elaborados diretamente para emprego junto a idosos do sexo masculino, sendo eles *The Older Men's Health Program and Screening Inventory* — OMHPSI, construído por Loeb (2003) para avaliar crenças e práticas de saúde entre homens idosos e a participação destes em programas de promoção de saúde, e *The Aging Males Symptoms Rating Scale* — AMS, que constitui uma escala de dezessete itens utilizada para avaliar condições de saúde e sintomas neste segmento da população (Heinemann & cols., 2003).

Previamente a sua utilização junto aos participantes da pesquisa, o QUASHI foi aplicado em três outros homens da comunidade, com idade média de 67 anos, visando testar a clareza das questões elaboradas e identificar o tempo requerido para o preenchimento do instrumento. De acordo com as necessidades identificadas, ajustes foram realizados no formato e no conteúdo de algumas questões para melhor adequá-las às características de respondentes idosos.

3.4.2 Contatos institucionais e aprovação do projeto pelo CEP

De modo preliminar, os objetivos e os procedimentos gerais do trabalho planejado foram apresentados à instituição onde se desenvolveu a pesquisa, requerendo aprovação e apoio para a coleta de dados. Assim feito, em atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa e a proposta de intervenção foram apresentados a um Comitê de Ética em Pesquisa – CEP. Após a aprovação do projeto pelo CEP, a coordenadora do CCI foi esclarecida acerca dos objetivos, das características gerais e das contribuições potenciais das atividades grupais a serem desenvolvidas. Também foram discutidos com esta coordenadora os aspectos operacionais do trabalho, como critérios de seleção dos participantes, definição da data de início das atividades, bem como dia da semana, horário e local de realização dos encontros. Buscou-se, dessa forma, conciliar a dinâmica de funcionamento das atividades do Centro com as exigências da pesquisa.

3.4.3 Seleção dos participantes e contatos iniciais

A coordenadora do CCI, com base nos critérios de inclusão e exclusão do estudo, forneceu à pesquisadora uma lista nominal com indicação de dezessete idosos e, em dia previamente marcado, reuniu quatorze deles em uma sala de aula para que fosse formalizado o convite para participação. Nesta ocasião, ocorreram as devidas apresentações e foram

explanados os objetivos e procedimentos gerais do trabalho. Em complemento, as dúvidas foram esclarecidas e uma sondagem preliminar do interesse e da disponibilidade dos prováveis participantes foi efetuada. Não houve declaração de recusa em participar.

Dando seguimento, a pesquisadora visitou a secretaria do CCI e consultou a ficha cadastral de cada um dos idosos indicados, registrando alguns de seus dados sociodemográficos, como data de nascimento, nível de escolaridade e renda familiar. Visando o agendamento das entrevistas iniciais, aproveitou-se também para anotar seus telefones de contato e os dias e horários das atividades que desenvolviam no CCI. De posse destes dados, foi realizada uma planilha de horários possíveis para as primeiras avaliações, considerando a disponibilidade de tempo da pesquisadora e horários próximos aqueles em que os idosos já estariam envolvidos em alguma atividade na instituição.

Então, uma ligação telefônica foi efetuada para cada um dos componentes da lista de contatos, quando foi reforçado o convite para participação nas atividades do grupo de homens idosos. Com quinze deles, ocorreu o agendamento de horário para o encontro individual de aplicação dos instrumentos. Dois integrantes da lista, de 84 e 72 anos, não puderam ser localizados pelos contatos disponibilizados pelo Centro. Outro senhor, de 80 anos, não compareceu para a entrevista e não apresentou justificativa, sendo que não houve tempo hábil para a marcação de um novo encontro antes da data definida para o início das sessões grupais.

3.4.4 Levantamento de linha de base

Cumprida a etapa de recrutamento dos participantes, foi dado início à coleta de dados com a realização das avaliações individuais em horários e locais previamente acordados com cada um deles. As entrevistas, em sua maioria, foram realizadas em salas de atendimento de uma clínica escola de psicologia, as quais ofereciam condições adequadas de privacidade, pois continham isolamento acústico e eram livres de interrupções. Apenas duas entrevistas foram conduzidas em salas de aula, em horário de pequeno movimento no bloco onde estavam localizadas.

Nas entrevistas, inicialmente, foram fornecidos novos esclarecimentos sobre a pesquisa e realizada uma leitura em voz alta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo 6). Dos quatorze idosos que compareceram para o encontro agendado, treze consentiram em participar do trabalho e assinaram o TCLE, formalizando a aceitação em integrar o estudo e permitindo a gravação em áudio dos seus relatos nas entrevistas e nas sessões grupais. A participação dos idosos foi voluntária, sendo dada liberdade para avaliarem e decidirem quanto à adequação da proposta a seus interesses e disponibilidades. Um dos senhores que compareceu para a avaliação inicial ponderou que suas condições físicas atuais mostravam-se limitadas. Dessa forma, este idoso, de 70 anos, concluiu ser preferível não assumir compromisso com a pesquisadora e com o grupo.

Um caso específico foi relativo a um senhor de 83 anos, que não foi consultado e avaliado inicialmente, mas que esteve presente na primeira sessão. Dessa forma, após o término do encontro, a pesquisadora sondou seu interesse em permanecer frequentando o grupo, mas este se mostrou reticente e alegou que embora tenha gostado da experiência não achou válido o fato de alguns participantes terem exposto informações íntimas perante o grupo. Dessa forma, o trabalho foi continuado apenas com os treze idosos inicialmente avaliados.

Nas entrevistas, alicerçadas na utilização do QUASHI, os dados sociodemográficos de cada participante foram colhidos primeiramente e, em seguida, foram investigados sua condição de saúde atual, seus comportamentos de busca por serviços de saúde e demais comportamentos de autocuidado. As respostas a todos os itens do questionário foram gravadas em áudio e, posteriormente, foram integralmente transcritas para favorecer a análise das informações concedidas.

Embora tenha um formato de questionário autoadministrado, a aplicação do QUASHI foi feita por intermédio da pesquisadora, que após a leitura cuidadosa de cada questão, registrava as respostas apresentadas pelo participante. Para as questões que solicitavam respostas por meio de escalas ou que continham alternativas precedentes, foram utilizados cartões com letras ampliadas, visando facilitar a leitura e a escolha das alternativas de resposta.

As entrevistas ocorreram no decurso de 22 dias, nos meses de março e abril de 2010, e tiveram duração média de 52 minutos, variando entre 35 e 70 minutos. Além de possibilitar o levantamento do repertório comportamental de entrada dos participantes, esta avaliação inicial teve a finalidade de permitir o estabelecimento de metas a serem alcançadas no decorrer das sessões psicoeducativas.

Após a participação na entrevista, cada idoso foi novamente contatado, desta vez por um de quatro estudantes de psicologia, devidamente treinados para a tarefa, visando a aplicação dos questionários de avaliação de qualidade de vida da OMS, o WHOQOL *brief* e o WHOQOL *old*. Em média, cada estudante realizou a aplicação do questionário com três idosos, de forma individual, em salas de aula ou em salas de atendimento da clínica escola já referida, em dia e horário de conveniência para cada participante.

3.4.5 Desenvolvimento das sessões psicoeducativas em grupo

As sessões grupais ocorreram com periodicidade semanal, às sextas-feiras, até completar nove sessões. A escolha deste dia para os encontros com o grupo foi firmada tendo em vista ser este o dia da semana designado pela coordenação do CCI para o desenvolvimento de atividades educativas e complementares com seus integrantes, incluindo palestras, cursos de artesanato e confraternizações. Desse modo, em tal dia, não havia outras modalidades de atividade sendo realizadas pelo CCI e os participantes eram solicitados a assinar uma lista de presença que circulava em cada encontro. Tendo em vista a realização ocasional de palestras e reuniões gerais na sexta feira, ficou combinado que os idosos selecionados para a pesquisa seriam liberados

destas atividades, se assim o desejassem, de modo a não faltarem às sessões do grupo. O conjunto dos encontros ocorreu ao longo de onze semanas, compreendidas nos meses de abril, maio e junho de 2010, com duração aproximada de 100 minutos cada um. Em duas semanas, a sessão foi adiada devido a recesso acadêmico e em uma outra o encontro teve uma duração menor para que os idosos fossem liberados para uma confraternização.

O grupo se reunia em uma sala de aula localizada próxima às salas onde eram desenvolvidas as demais atividades complementares na sexta feira, de modo a facilitar a integração posterior dos homens com os demais integrantes do CCI, incluindo as esposas de alguns deles.

Todas as sessões foram coordenadas pela pesquisadora, que tem formação em psicologia e atua como docente do ensino superior. Quatro graduandos em psicologia, dois do sexo masculino e dois do sexo feminino, participaram também, voluntariamente, dos encontros. Além de colaborarem na aplicação dos questionários de qualidade de vida, os estudantes auxiliaram a pesquisadora em atividades como organização da sala, recepção aos participantes, entrega de crachás, passagem da lista de frequência, anotações e gravações das sessões, manejo dos recursos audiovisuais e distribuição de materiais. Em geral, estes auxiliares da pesquisa também foram convidados a participar das apresentações e discussões no grupo e, em três sessões, foram orientados a desenvolver uma parte dos conteúdos previstos e/ou a participar de pequenas encenações. Dois alunos cursavam, na ocasião, o nono semestre da graduação e desenvolviam seus trabalhos de conclusão de curso com temáticas relacionadas à velhice. Os outros dois realizavam o quinto semestre do curso.

Nos dias que antecedia cada novo encontro, a pesquisadora, juntamente com uma das auxiliares de pesquisa, realizava contato telefônico com cada um dos participantes para confirmar a ocorrência da reunião seguinte, visando manter bons níveis de frequência no grupo.

Embora houvesse previamente um planejamento geral para a condução das sessões psicoeducativas, um planejamento mais detalhado era realizado na semana que antecedia cada encontro, quando eram especificados o objetivo da sessão e as vivências e técnicas a serem empregadas na ocasião. Mesmo tendo este planejamento flexível, os encontros seguiram uma estrutura geral, baseada nas orientações de Afonso (2002):

1. Preparação. Organização do ambiente físico, com disposição das carteiras em formato de U, entrega dos crachás e passagem da lista de frequência;

2. Aquecimento. Cumprimentos e boas vindas aos participantes, recordação e resumo do tema tratado no encontro anterior e apresentação do tema do dia, com perguntas aos participantes acerca de suas concepções sobre o assunto;

3. Desenvolvimento. Abordagem do tema em destaque, com exposição de conteúdos informativos previamente definidos e questionamentos aos participantes, bem como uso de

técnicas e vivências para aprofundamento do tema e para favorecer a sensibilização, a auto-observação, a reflexão e a busca de soluções; e

4. Fechamento. Resumo dos aspectos principais da sessão, apresentação de mensagem para reflexão, solicitação aos participantes da expressão, verbal ou por escrito, do nível pessoal de satisfação com os temas e com os procedimentos do encontro.

As sessões foram gravadas em áudio e transcritas pela pesquisadora e pelos auxiliares de pesquisa, de modo a permitir uma melhor avaliação do repertório de comportamento dos participantes durante os encontros. Além disso, alguns registros observacionais acerca dos principais fatos e comportamentos ocorridos nos grupos foram realizados pelos estudantes.

A descrição das características e sequência de procedimentos do programa de intervenção efetivado junto aos participantes encontra-se exposta na seção de Resultados por se entender que o seu planejamento e desenvolvimento foi em grande parte decorrente do processo de obtenção e análise de dados.

3.4.6 Avaliações pós-intervenção e de seguimento

Após a conclusão das atividades em grupo, dois encontros para novas avaliações individuais foram realizados com cada participante, tendo por base a utilização das versões simplificadas do QUASHI e a finalidade de verificar mudanças de comportamentos, de crenças e de atitudes relacionadas à intervenção.

O segundo bloco de entrevistas foi iniciado 76 dias após o término das primeiras avaliações e foi conduzido ao longo de oito dias, no mês de junho de 2010. A duração média de aplicação do QUASHI II foi de 39 minutos. O WHOQOL *brief* e o WHOQOL *old* foram utilizados na sequência pela própria pesquisadora, que lia as questões em voz alta e marcava as opções correspondentes às escolhas do respondente. Estas interações ocorreram em uma sala de aula, em dias e horários previamente acordados com cada participante. Como havia se iniciado o período de recesso acadêmico, a movimentação no bloco era escassa, o que permitiu que os instrumentos fossem aplicados sem interferências externas.

Decorridos quatro meses, em novembro, as avaliações individuais foram repetidas junto aos idosos, em salas da clínica escola de psicologia, com utilização do QUASHI III e nova aplicação dos questionários de qualidade de vida. Nesta ocasião, uma devolutiva breve foi realizada com cada entrevistado ao término da aplicação dos instrumentos, de modo a ressaltar os principais aspectos avaliados em seu repertório de cuidados a saúde e em sua participação nas sessões grupais. Apesar das tentativas, dois participantes não foram localizados no período e, dessa forma, não participaram das avaliações finais, que foram conduzidas em um tempo médio de 29 minutos.

Estas avaliações pós-intervenção, a exemplo das primeiras, também foram gravadas em áudio e transcritas posteriormente pela própria pesquisadora.

3.5 Análise dos Dados

Os relatos verbais dos participantes, obtidos mediante aplicação dos questionários, foram analisados e comparados em relação aos diferentes momentos da coleta de dados, visando identificar possíveis mudanças em seus padrões de autocuidado e de crenças após a participação nas sessões psicoeducativas.

Os dados foram organizados conforme os temas principais de interesse na pesquisa e submetidos a análises tanto quantitativas como qualitativas, tendo se priorizado as análises das emissões verbais dos participantes. Esta articulação de métodos na coleta e análise das informações é característica de uma pesquisa de método misto, com estratégia de triangulação concomitante, em que a coleta de dados quantitativos e qualitativos ocorre de modo simultâneo e há esforço de integração das informações resultantes de cada um durante a fase de interpretação (Creswell, 2007).

As informações coletadas por meio de questões abertas foram submetidas à análise de conteúdo, segundo o modelo de Bardin (2002), com categorização e contagem de frequências. Inicialmente, foram realizadas leituras repetidas do material transcrito e, em seguida, os relatos dos participantes foram recortados e agrupados tendo por base as similaridades percebidas em cada um dos eixos de análise, o que possibilitou a elaboração de categorias temáticas. Por outro lado, as escolhas entre alternativas de respostas previamente fornecidas, incluindo escalas, foram computadas para cada item avaliado.

Os resultados dos instrumentos que avaliam qualidade de vida foram analisados quantitativamente com uso do software *Special Package for Social Sciences* (SPSS), versão 18.0. Partindo de pontuações entre 1 e 5 para cada uma das questões que compõe os diferentes domínios avaliados, os escores de cada domínio foram calculados em escalas de 4 a 20 que foram transformadas em escalas de 0 a 100, tal como proposto nas regras para composição dos escores desse instrumento. A verificação da ocorrência de diferenças nos escores médios obtidos em cada domínio antes e depois das intervenções foi efetuada com emprego do Teste *Friedman*, que permite comparação de médias com medidas repetidas, delineamento do presente estudo.

As percepções dos próprios participantes acerca do andamento e dos resultados do grupo foram objeto de análises específicas. Desse modo, buscou-se captar também o processo vivenciado e verificar as avaliações subjetivas e o grau de satisfação que foram evidenciados pelos próprios idosos.

No conjunto, além das análises com foco no grupo, buscou-se identificar e integrar dados mais específicos de alguns participantes ou subgrupos de participantes, articulando todos os tipos de dados gerados, tanto quantitativos como qualitativos, tanto de análises grupais como de análises individuais.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Os relatos verbais dos participantes foram organizados conforme os temas centrais da pesquisa e submetidos a análises tanto quantitativas como qualitativas. Para facilitar a compreensão e ilustrar as informações apresentadas, alguns recortes das verbalizações dos entrevistados são fornecidos ao longo desta seção, seguidos, entre parênteses, pelo nome fictício e idade do emissor do relato e pela identificação da entrevista na qual o depoimento foi obtido, com E1, E2 e E3 correspondendo, respectivamente, a primeira (linha de base), segunda e terceira entrevista.

4.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Inicialmente, dados referentes a variáveis sociodemográficas, médico-clínicas e do estilo de vida dos participantes foram contemplados, por meio de análises descritivas, visando caracterizar o perfil do grupo de idosos que colaborou no estudo.

4.1.1 Caracterização sociodemográfica

No período de realização das sessões grupais, os treze participantes do estudo possuíam idades entre 62 e 78 anos, com idade média igual a 69,5 anos. Todos eram alfabetizados e apresentavam níveis diversos de escolaridade, desde fundamental incompleto até superior completo, com predomínio do nível médio completo ou incompleto (53,8%). Majoritariamente, declararam-se como católicos (53,8%), mas havia também três praticantes de religiões evangélicas e dois adeptos do espiritismo. Um deles afirmou não professar qualquer religião.

Todos os participantes estavam casados legalmente ou mantinham relacionamentos conjugais estáveis há um tempo mínimo de quinze anos e máximo de 51 anos ($M=37,76$), sendo para três deles o segundo ou o terceiro casamento após separação ou viuvez. O número de filhos variou entre dois e oito ($M=4,1$). Relativamente aos membros do grupo familiar com quem residiam, foi constatado que habitavam no mínimo com suas esposas e oito deles moravam ainda com filho(s) e, em um caso, também com a nora.

Os idosos, em sua totalidade, estavam aposentados há um período de tempo entre dois e 28 anos ($M=13,5$), tendo um deles, o mais novo do grupo, sido aposentado por invalidez devido a acometimento por doença crônica incapacitante para o trabalho. As ocupações profissionais exercidas previamente foram diversificadas, incluindo três técnicos de nível médio (eletricista, oftalmetrista e protético), dois trabalhadores de manutenção e reparação (mecânicos), dois policiais militares, um supervisor da indústria têxtil (mestre de tecelagem), um vendedor do comércio (atendente de farmácia), um profissional da educação (professor da rede pública), um trabalhador da área de segurança (vigilante/porteiro), um caminhoneiro autônomo e um servidor público do setor administrativo.

Nenhum dos participantes exercia trabalho formal após a aposentadoria, mas a maioria (76,9%) afirmou participar cotidianamente em trabalhos domésticos, quatro acrescentaram desempenhar trabalho social voluntário e outros quatro relataram realizar serviços ocasionais e esporádicos relacionados à área de trabalho anterior, referidos como “bicos”. Em relação à renda familiar, verificou-se um predomínio de rendimento mensal equivalente a, no máximo, três salários mínimos (46,2%), enquanto as demais rendas estavam compreendidas no patamar entre quatro a seis salários mínimos (30,8%) ou eram superiores a este último valor (23,1%). A Tabela 2 apresenta as características sociodemográficas principais dos participantes, revelando o perfil em relação, por exemplo, a idade, nível de escolaridade, estado civil, credo religioso e renda familiar.

4.1.2 Caracterização médico-clínica

Os idosos, sem exceção, referiram apresentar, no mínimo, um agravo à saúde atual de natureza crônica, com predomínio de diabetes mellitus tipo 2 e doenças cardiovasculares. Conforme apresentado na Tabela 3, prevaleceram no perfil clínico dos entrevistados doenças endócrinas e do aparelho circulatório, havendo ainda doenças relacionadas ao sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (artrite, tendinite, bursite), ao aparelho respiratório (rinite alérgica), ao aparelho geniturinário (hiperplasia prostática, incontinência urinária), ao aparelho digestivo (gastrite crônica) e ao sistema nervoso (cefaléias, apnéia do sono).

De modo adicional, sete idosos relataram ainda apresentar dores intermitentes ou esporádicas nas pernas, braços, músculos e/ou nas costas e alguns apresentaram queixas de micções frequentes no período da noite ($n=2$), níveis elevados de colesterol ($n=2$) e distúrbio da coagulação sanguínea ($n=1$). Um participante exibia claudicação intermitente em decorrência de insuficiência arterial periférica e outro apresentava alterações moderadas na musculatura da face e na fala como sequelas de paralisia facial ocorrida há 21 anos.

Em termos de déficits sensoriais, constatou-se que quatro participantes eram portadores de deficiências auditivas e que dez deles possuíam distúrbios da visão que implicavam na necessidade de uso constante de óculos, como é demonstrado nos seguintes relatos: “*Se eu tapar esse aqui [ouvido esquerdo], você pode gritar que eu não escuto*” (Amadeu, 76 anos, E1); “*Eu tenho que usar óculos, se tirar eu não enxergo direito, não leio*” (Jânio, 71 anos, E1).

Em média, foram identificados aproximadamente três agravos à saúde crônicos por participante, evidenciando vários quadros de comorbidades. Os idosos com maior comprometimento à saúde por disfunções orgânicas foram Edgar, Gastão e Jânio, cada qual acometido por um número igual ou superior a quatro doenças. Por outro lado, Berilo e Mário referiram possuir apenas um agravo a saúde e avaliaram suas condições clínicas gerais como usualmente livres de dores e outros sintomas.

Dois participantes tinham recebido a confirmação do diagnóstico de diabetes mellitus em data recente. Dentre os sete portadores deste tipo de distúrbio metabólico apenas um deles

afirmou apresentar episódios recorrentes de hiperglicemia e fazer uso de insulina: “*Diabetes tenho, hoje mesmo ela tava 160. Tomei insulina*”; “*Estive internado uma vez por causa do diabetes, que subiu demais*” (Amadeu, 76 anos, E1).

Tabela 2. Perfil sociodemográfico dos participantes (N=13)

Variáveis	n	%
Idade		
60 a 64 anos	3	23,1
65 a 69 anos	3	23,1
70 a 74 anos	4	30,7
75 a 80 anos	3	23,1
Nível de escolaridade		
Fundamental incompleto	3	23,1
Fundamental completo	2	15,4
Médio incompleto	3	23,1
Médio completo	4	30,7
Superior completo	1	7,7
Tempo de Aposentadoria		
1 a 5 anos	3	23,1
6 a 10 anos	1	7,7
11 a 15 anos	4	30,7
16 ou mais anos	5	38,5
Tempo de relacionamento conjugal		
0 a 15 anos	1	7,7
16 a 30 anos	2	15,4
31 ou mais anos	10	76,9
Número de filhos		
2 ou 3 filhos	7	53,8
4 ou 5 filhos	2	15,4
6 ou mais filhos	4	30,7
Religião		
Católica	7	53,8
Evangélica	3	23,1
Espírita	2	15,4
Sem religião	1	7,7
Coabitação		
Apenas esposa	5	38,5
Esposa e filho(s)	8	61,5
Renda mensal		
1 a 3 salários mínimos	6	46,2
4 a 6 salários mínimos	4	30,7
7 a 9 salários mínimos	3	23,1
Plano de saúde		
Sim	7	53,8
Não	6	46,2

Tabela 3. Doenças atuais autorreferidas pelos participantes (N=13)

Agravos à saúde	f	%
Diabetes Mellitus	07	53,8
Hipertensão arterial	07	53,8
Doenças cardíacas	05	38,5
Rinite alérgica	03	23,1
Cefaléias/enxaqueca	03	23,1
Labirintite	02	15,4
Hiperplasia prostática	02	15,4
Gastrite crônica	02	15,4
Artrose	02	15,4
Distúrbio de coluna	02	15,4
Artrite reumatóide	01	7,7
Bursite	01	7,7
Tendinite	01	7,7
Apnéia do sono	01	7,7
Incontinência urinária	01	7,7

Os demais afirmaram manter a doença sob controle devido ao uso correto da medicação prescrita e à prática de outros cuidados recomendados, o que pode ser observado na fala de Artur (66 anos, E1): *“Apesar de eu ter um índice assim um pouco, não muito alto, da glicose, de açúcar, mas eu controlo, tomo os remédios, eu procuro balancear na própria alimentação, não exagerando com doces, carnes”*. Em função deste mencionado manejo do quadro clínico e da conseqüente contenção do avanço da doença, dois participantes afirmaram que não se sentiam portadores de diabetes: *“Pra mim, eu não considero como doença a diabetes, porque eu convivo com ela bem, graças a Deus, controlo”* (Eusébio, 63 anos, E1); *“Hoje eu me considero tão absoluto, eu sou tão controlado que eu não me considero diabético”* (Fausto, 66 anos, E1).

Os cinco casos de doenças cardíacas referidas pelos participantes incluíram doenças isquêmicas, com relatos de angina e de infarto do miocárdio, distúrbio de válvula cardíaca e doença vascular periférica. Em relação aos distúrbios da próstata, houve um caso informado de carcinoma, que resultou na necessidade de prostatectomia. Outros quatro relatos foram relativos a hiperplasia prostática, sendo que em dois casos, exemplificados abaixo, os idosos alegaram ter ocorrido a remissão do problema após tratamento específico.

O PSA deu normal, mas a ecografia deu próstata crescida. Aí o médico falou que ou mais tarde ou mais cedo eu teria que fazer uma raspagem (...). Aí peguei e fiz logo raspagem. Vai fazer dois anos, eu tô ótimo. (...) agora mesmo eu fiz todos os exames, deu tudo ótimo. (Sérgio, 63 anos, E1)

O homem a partir dos 40 tem que procurar tratar e eu fiquei um tempo sem tratar. Quando foi um dia, eu fui no médico e o Dr. F. falou “olha você tem que fazer ecografia da próstata”. Aí eu fiz. Tava 55% crescida. Ele passou pra mim tomar 500 comprimidos. Eu tomei uns 200. Aí descobri um moço que trata de próstata (...). Ele me deu uma fórmula, disse assim “esse aqui é o seu tratamento”. Tomei, acabou. Eu faço exame, não dá nada. Isso tá com uns dez anos. (Amadeu, 76 anos, E1)

Ozias (73 anos, E1), em seu relato, evidenciou temor do procedimento cirúrgico e optou pela terapêutica medicamentosa no tratamento da hiperplasia da próstata.

Eu tenho problema de próstata aumentada. E já era pra ter operado (...). Ela [médica] me deu duas opções: "o senhor tem duas opções, ou o senhor faz a cirurgia ou vai gastar um salário mínimo por mês com remédio". Disse "vou nessa segunda opção". Que eu tinha medo de cirurgia. Aí depois, por último, eu fui num médico que até hoje me acompanha. E também até hoje eu nunca fiz cirurgia.

Os distúrbios na próstata acarretaram para os idosos acometidos problema de incontinência urinária ou alteração nos padrões do sono devido à necessidade de micções frequentes durante a noite, como pode ser verificado nos seguintes depoimentos: *“Tenho incontinência urinária, foi o efeito rebote da cirurgia”* (Oscar, 70 anos, E1); *“Por causa desse problema de próstata, eu urino muito a noite. Levanto muito, às vezes nem durmo direito”* (Jânio, 71 anos, E1).

Com respeito à história médica progressiva, foi constatado que oito dos participantes haviam sido submetidos a procedimentos cirúrgicos nos últimos dez anos, incluindo cirurgias cardíacas ($n=3$), cirurgias de próstata ($n=2$), cirurgia de facoemulsificação ou remoção de catarata ($n=2$), colecistectomia ou cirurgia da vesícula biliar ($n=2$), cirurgia da coluna cervical com colocação de pinos ($n=1$) e artroplastia total do joelho ($n=1$). Dentre as cirurgias cardíacas foram informadas cirurgia de revascularização miocárdica e cirurgia para implante de válvula mecânica, bem como houve relatos de angioplastia, cateterismo e cintilografia miocárdica. Os procedimentos relativos à próstata, por sua vez, envolveram prostatectomia e ressecção endoscópica da próstata (raspagem).

Alguns participantes evidenciaram efeitos adversos das cirurgias as quais haviam sido submetidos, o que implicou em limitações para a realização de suas atividades, como mostra o relato de Ozias (73 anos, E1), cujas dores na região do joelho e as restrições em seu movimento foram agravadas por duas quedas sofridas por ele durante o período de realização das sessões grupais.

A cirurgia foi no joelho esquerdo. A primeira foi simples, a segunda já foi mais ameaçadora, teve 19 pontos. Meu joelho ficou aberto pra colocar a prótese. Minha perna tem exercícios que eu não posso fazer porque ela não vai mais para trás. Então isso é uma coisa que limita muito a gente.

A história de adoecimento de parte dos participantes foi marcada por longa peregrinação para confirmação diagnóstica e determinação do tratamento adequado, como mostra o relato de Gastão (62 anos, E1).

O angiologista não descobria o que era, pedia exames, não dava nada. Pensava que fosse má circulação em decorrência do infarto que eu tive. Aí corria em todo lugar, fazia tudo que era exame. Só faltava procurar um ortopedista. Aí deu problema na coluna, várias hérnias seguidas na coluna, atingiram um nervo que desce aqui... e ele estava causando tudo isso em minhas pernas, dores e inchaço.

Dois participantes afirmaram terem sido acometidos por neoplasias malignas que já haviam sido curadas. Em um dos casos, Fausto (66 anos, E1) relatou ter tido Linfoma de *Hodgkin*, doença pela qual necessitou submeter-se a tratamento quimioterápico e alegou ter obtido remissão completa do tumor, fato constatado por diversos exames realizados em acompanhamento posterior.

Eu tive um câncer. Talvez pra medicina não teria cura. Mas aqui estou (...). Terrível. Na época, eu cheguei a ficar com 37 quilos, estava pra lá de Bagdá. Começou no pescoço, depois veio para o baço, depois veio pro fígado. Então eu estava desenganado pela medicina. Eu sou um herói, me considero, eu estou me autoelogiando. Aí nesse período eu não andava, eu tinha dificuldade. As pessoas que me cuidavam tinham que me dar banho, era triste demais. Hoje eu ando e estou brigando com a barriga.

Uma síntese dos agravos à saúde autorreferidos pelos participantes é apresentada na Tabela 4, como uma forma de favorecer uma melhor visualização das condições clínicas de cada um deles.

4.1.3 Caracterização do estilo de vida e do nível de atividade

As atividades do CCI encontravam-se integradas a rotina dos treze participantes da pesquisa. Eles realizavam de duas a quatro atividades por semestre, predominando, conforme apresentado na Tabela 5, cursos para aquisição ou aprimoramento de conhecimentos acadêmicos, como de informática, de idiomas e de aperfeiçoamento em português e matemática. Em menor quantidade, realizavam ainda algumas modalidades de atividades físicas, sobretudo atividades aquáticas (hidroginástica, natação), bem como atividades artístico-culturais (coral, dança de salão).

Embora o Centro de Convivência, na proposta vigente, estivesse se iniciando no semestre em questão, grande parte dos idosos que o frequentavam já havia participado anteriormente de projetos de extensão voltados para a terceira idade na mesma instituição. Entre os integrantes do estudo, o tempo médio de inserção em projetos desta natureza foi de 4,2 anos, variando de um a dez anos.

A possibilidade de ingressar nos cursos oferecidos pela Universidade significou para os idosos um modo de ocupação do tempo em parte ocioso após a aposentadoria, como pode se constatar nas comunicações a seguir: “Agora eu tô até melhor, porque eu tô com essa atividade aqui. Pego um ônibus pra lá, pego pra cá, chego em casa, tomo um cafezinho, ajudo a mulher a fazer o almocinho, aí passa o dia” (Amadeu, 76 anos, E1); “A minha atividade é só vir para cá todos os dias, participar do curso de informática e espanhol. É pra passar o tempo” (Sérgio, 63 anos, E1).

No entanto, a participação nas atividades promovidas pelo CCI foi destacada por vários idosos não apenas como uma forma de preencher o tempo livre, mas igualmente como uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e de novas aprendizagens. O comentário de Berilo (75 anos, E1) demonstra este aspecto.

Porque o homem idoso, eu tenho a impressão que ele imagina assim que já tá perto de morrer mesmo, pra que aprender. Eu não penso assim. Já me perguntaram: “por que que você tá estudando inglês, espanhol?” Eu respondi assim: "precisa responder?". Olha, porque eu quero aprender, porque o crescimento pra mim não tá na idade, pode acontecer em qualquer momento da vida. Por isso eu estudo, participo de reuniões, exercícios.

Tabela 4. Agravos à saúde atuais e aspectos da história médica referidos pelos participantes (N=13)

Participante	Agravos atuais		História médica
	Doenças Crônicas	Outros agravos	
Amadeu	Diabetes mellitus, tendinite	Cefaléia, catarata, déficit auditivo	Hiperplasia prostática, problema na coluna
Artur	Diabetes mellitus	Problema intestinal, dislipidemia	Alcoolismo, malária
Berilo	Rinite alérgica	Dores musculares, rouquidão crônica, déficit auditivo	Depressão
Edgar	Cardiopatía, hipertensão arterial, diabetes mellitus, enxaqueca, labirintite, distúrbio de coluna	Dores no joelho, costa e braços, distúrbio de coagulação sanguínea, déficit auditivo	Troca de válvula cardíaca, pontes de safenas, angioplastia, cateterismo cardíaco
Eusébio	Diabetes mellitus, hipertensão arterial	Dores musculares	Depressão
Franco	Diabetes mellitus, hipertensão arterial	Distúrbio ocular	Obesidade, cirurgia de facoemulsificação
Fausto	Diabetes mellitus, hipertensão arterial, bursite	Cefaléia esporádica, dor no ombro	Câncer (Linfoma de <i>Hodgkin</i>), osteoporose
Gastão	Cardiopatía, hipertensão arterial, artrite nos joelhos, artrose na coluna, rinite alérgica	Dores na coluna e nas pernas	Infarto do miocárdio, cateterismo cardíaco, hérnias de disco, cirurgias da coluna e de facoemulsificação
Jânio	Cardiopatía, hipertensão arterial, hiperplasia prostática, apnéia do sono	Dislipidemia, micções frequentes a noite, déficit auditivo	Cirurgia cardíaca, cintilografia, biopsia da próstata, colecistectomia
Mário	Cardiopatía	Não mencionado	Infarto do miocárdio, cirurgia cardíaca, três pontes de safena
Oscar	Cardiopatía, diabetes mellitus, rinite alérgica	Incontinência urinária, claudicação intermitente	Carcinoma da próstata, prostatectomia
Ozias	Artrose nos joelhos, hiperplasia prostática, gastrite crônica	Micções frequentes a noite, dores musculares e nas costas	Artroplastia do joelho, colecistectomia
Sérgio	Hipertensão arterial, labirintite	Alterações na face e na fala devido paralisia facial	Hiperplasia prostática, raspagem da próstata, distúrbio de coluna

Tabela 5. Modalidades de atividades desenvolvidas pelos participantes no CCI (N=13)

Modalidades	f	%
Informática	12	92,3
Hidroginástica	07	53,8
Espanhol	06	46,1
Atualização em português/matemática	03	23,1
Coral	03	23,1
Natação	01	7,7
Dança de salão	01	7,7
Musculação	01	7,7
Tai chi chuan	01	7,7

Em termos de atividades intelectuais e de busca de informações, nove participantes, além da realização dos cursos no CCI, evidenciaram estar ativos também quanto ao hábito de ler. A leitura foi apontada por eles como uma fonte de prazer e de conhecimentos incorporada à rotina diária, sobretudo pela noite ou no início da manhã quando muitos despertavam e não conseguiam retomar o sono. Este foi o caso especialmente de Fausto e Ozias.

Às vezes eu tenho insônia. É onde eu vou nos livros, às vezes fico a noite toda. A leitura é o meu relaxamento. Eu gosto de ler pronunciando as palavras e tenho o lápis. (...) meus livros são todos riscados. (...) se deixar eu fico o dia todo com meus livros, eu amo meus livros. (Fausto, 66 anos, E1)

A leitura pra mim é muito importante. Hoje mesmo eu já li um capítulo de um livro. Todo dia eu acordo assim umas quatro horas, aí eu fico sem sono. Tento dormir e não consigo, aí pego e leio. Essa é uma das coisas que faço sempre. (Ozias, 73 anos, E1)

Os cursos realizados e as leituras, conforme ilustrado pelos depoimentos a seguir, foram apontados como uma forma de exercitar as funções cognitivas e, dessa forma, manter ou melhorar capacidades de memória e intelectuais: “*Ler eu gosto muito, fazer minhas palavrinhas cruzadas. Porque senão a limusine não pega, né*” (Oscar, 70 anos, E1); “*Estudando eu tô exercitando a mente. Eu às vezes colocava um objeto em um lugar e daí a pouco não sabia onde é que estava. Depois que comecei a estudar, isso já não acontece*” (Berilo, 75 anos, E1).

Em relação ao cotidiano doméstico, onze dos participantes, dentre eles Amadeu (76 anos), afirmaram contribuir com suas esposas nas atividades referentes à limpeza da casa e, em menor quantidade, no preparo das refeições: “*Eu ajudo minha esposa lá em casa, se tiver alguma camisa suja eu mesmo lavo. Ajudo a lavar roupa, a limpar a casa. Dou uma arrumadinha lá, mato frango, faço comida, faço tudo. Só não gosto de limpar chão*” (E1). Alguns destes idosos relataram atuar principalmente nos cuidados com a área externa da residência, cabendo a eles, na divisão das tarefas, funções como limpar o pátio e cultivar a horta. Por exemplo: “*Eu sempre dou uma de servente, capino quintal (...). Eu plantei a horta, sempre tô lá trabalhando, eu não paro*” (Eusébio, 63, E1); “*Lá em casa cada um tem sua tarefa. A mulher faz no interior da casa e eu faço todo o resto. Tem o quintal, o terreno é grande*” (Sérgio, 63, E1). Outros três senhores indicaram serem menos participativos nas tarefas

domésticas, mas afirmaram atuar no reparo de equipamentos e móveis, como foi o caso de Ozias (73, E1): “*Consertar faço bastante, limpeza às vezes, mas é pouco. Na cozinha, é só comer mesmo*”.

Fora do contexto doméstico, nove participantes relataram manter um nível elevado de atividades instrumentais, com frequentes buscas por serviços em geral, como realizar compras em supermercado e efetuar procedimentos em agências bancárias. Todos eles se mostraram independentes quanto à condução de automóvel particular e/ou a deslocamentos, sem acompanhamento, em transportes públicos para trajetos curtos ou mesmo em viagens.

Por outro lado, nove entrevistados relataram participação pequena em atividades recreativas, sociais e culturais. Embora cinco deles tenham afirmado apreciar programas jornalísticos ou filmes veiculados na televisão, relegaram ao segundo plano ou desconsideraram as possibilidades de outras formas de entretenimento, como ir a cinema, shows ou teatro. As visitas a parentes e amigos também foram predominantemente apontadas como pouco frequentes. As citações quanto a formas de lazer recaíram sobre dançar, ir a clubes ou assistir jogos de futebol, televisionados ou ao vivo. Os relatos subsequentes possibilitam identificar os aspectos referidos: “*Se eu for ao cinema, eu durmo. Dançar é, no mínimo, duas vezes por semana* (Berilo, 75 anos, E1); “*Difícilmente a gente faz essas coisas, sinto saudades disso, mas a gente não vai... nem nossos parentes mesmo a gente não visita*” (Gastão, 62 anos, E1); “*Isso é difícil, atividades sociais eu fico devendo. De vez em quando vamos num clube (...). Cinema, eu gosto, mas eu tenho em casa, assisto filme lá. Sair não*” (Jânio, 71 anos, E1).

Em relação à manutenção de práticas religiosas, dez dos idosos afirmaram ir à missa e/ou participar de atividades promovidas pela igreja com muita ou moderada frequência, como exemplificado pelo seguinte depoimento: “*Segunda feira tem lá na região onde eu moro o terço dos homens. Eu faço parte. (...) tem o encontro de casais, que eu e minha esposa faz parte. Hoje tem reunião. Amanhã temos uma também da pastoral da família*” (Sérgio, 62 anos, E1). Apenas Oscar revelou não ter um seguimento religioso e, portanto, não se dedicar a atividades relacionadas. Já Mário, apesar de ter se declarado católico, afirmou que não exercia outras práticas religiosas além de rezar.

A Tabela 6 apresenta a frequência de participação dos entrevistados nos diferentes tipos de atividades investigadas, caracterizando seus níveis de ação em áreas distintas. Observou-se maior engajamento em atividades circunscritas ao ambiente doméstico (por exemplo: limpar, consertar, ler) e relacionadas à satisfação de necessidades instrumentais da vida diária (por exemplo: fazer compras, pagar contas), em detrimento de atividades recreativas e sociais.

Em resumo, o advento da aposentadoria propiciou aos participantes um novo e amplo espaço de tempo cotidiano, que procuravam ocupar com as atividades no CCI e com tarefas domésticas e de auxílio à família, bem como com atividades de jardinagem e de entretenimento na própria vizinhança. Por exemplo: “*Eu crio galinha, crio cachorro, tenho um pomar (...)*”.

Passo no banco para ver alguma coisa, vou na praça ali jogar um dominó (...). Eu levo e pego minhas netas na escola. Então é meu mundo, é minha vida” (Artur, 66 anos, E1); *“Fui no banco, tem a fila, aí converso com o da frente, aí depois que não passou meia hora, uma hora. Passa mais rápido. Pra mim é uma terapia. Tenho muito tempo mesmo”* (Sérgio, 63 anos, E1).

Tabela 6. Frequência de participação dos idosos em diferentes tipos de atividade (N=13)

Atividades	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
Serviços domésticos	10	2	1	0
Serviços em geral	9	1	3	0
Atividades recreativas	4	3	6	0
Atividades acadêmicas	11	1	1	0
Atividades culturais	1	1	3	8
Atividades religiosas	6	4	2	1

A manutenção destas atividades, mesmo que distintas daquelas exercidas anteriormente à aposentadoria, fornecia-lhes, conforme os relatos seguintes, a sensação de estarem ativos e eram interpretadas como favorecedoras da saúde física e emocional: *“Eu tenho uma chácara e final de semana sempre que me resta vou para lá. Chácara tem sempre muito serviço pra fazer. Quando eu volto, tô mais cansado, mas é um cansaço diferente. (...) eu gosto muito de cuidar do jardim, é uma terapia para mim”* (Ozias, 73 anos, E1); *“Eu tenho uma vida ativa, não é qualquer pessoa na minha idade que faz tudo que eu faço. (...) e isso eu acredito que é um dos motivos que contribui pra minha condição física tá sempre boa”* (Mário, 72 anos, E1).

Amadeu, no entanto, evidenciou dificuldades em lidar com o tempo ocioso após a aposentadoria, como mostra seu relato: *“O dia que eu levanto em casa cedo e não tem serviço pra fazer eu fico doente. (...) me dá um nervoso, uma coisa esquisita, uma falta de paciência. (...) eu tenho que levantar e sair, cuidar de qualquer coisa”* (Amadeu, 76 anos, E1).

Para três idosos, afastados de suas funções laborais a um menor período de tempo por indicação médica devido a agravos à saúde, a aposentadoria ocorreu de forma contrária à vontade pessoal e sem que houvesse um planejamento para tal, como pode ser constatado principalmente no depoimento de Gastão (62 anos, E1):

Ele [médico] disse “você só pode pegar no máximo seis quilos, de preferência dividido, três quilos cada um”. E, por causa disso, terminei aposentando. O INSS não colocou em conta meu tempo de contribuição, simplesmente me invalidou sem... É difícil porque a gente espera uma coisa e vem outra, não é, diferente.

Entretanto, Gastão, assim como outros três participantes, relatou continuar realizando pequenos serviços ocasionais, de modo esporádico, relacionados à sua ocupação prévia. Este participante, em especial, evidenciou um grande desejo em seguir realizando trabalhos, mesmo ciente que, por motivo de restrições físicas, não poderia mais atuar em esquema semelhante às funções exercidas no passado. Também transpareceu em sua fala o reconhecimento da

necessidade de uma nova formação técnica e pessimismo quanto as suas oportunidades para iniciar esta nova fase.

A realização de serviços sociais voluntários mostrou ser para quatro idosos uma forma de preenchimento do tempo livre e, ao mesmo tempo, um modo de sentirem-se úteis. Para Amadeu (76 anos, E1), o trabalho como pedreiro na construção da igreja da sua comunidade ou em obras de pessoas com carência financeira configurava-se uma oportunidade de estar ativo e engajado socialmente. Em suas palavras: “*Nós estamos construindo a igreja. A gente trabalha sábado e domingo o dia todinho. Trabalho de pedreiro, entendeu? Chego em casa, tomo banho, troco de roupa e já estou pronto pra outra de novo*”. Os demais, inseridos em práticas assistenciais da congregação religiosa a qual estavam vinculados, realizavam visitas ou ações solidárias em instituições ou residências, dirigindo atenção e ajuda a pessoas doentes ou com recursos financeiros escassos.

4.2 Contextos do autocuidado

Para auxiliar na compreensão do autocuidado exercido pelos participantes foi investigado o contexto no qual suas ações eram emitidas, tendo em vista o suporte familiar recebido, as condições de acesso a informações sobre os processos de saúde e doença e as barreiras externas e internas percebidas para emissão de comportamentos promotores ou protetores da saúde.

4.2.1 Apoio familiar

As fontes de apoio social disponíveis aos participantes, segundo os relatos obtidos, eram provenientes principalmente do meio familiar. Seis deles fizeram referências ao apoio recebido tanto da esposa como dos filhos e cinco mencionaram apenas a esposa como provedora usual de atenção e cuidados. Um participante referiu-se unicamente aos filhos ao ser questionado a respeito do assunto e outro deles alegou não receber o suporte desejado de nenhum membro de seu grupo familiar.

Com base nas classificações de apoio social disseminadas na literatura nas últimas décadas (House, Umberson & Landis, 1988; Pedro, Rocha & Nascimento, 2008), foram identificadas respostas referentes a três tipos principais de apoio: (1) apoio instrumental ou material: auxílio na realização de atividades práticas ou ajuda financeira, por exemplo “*quando ela [esposa] vai comprar os remédios pra ela, que são muitos, aí eu preciso do Naridrin, eu não preciso nem falar, ela já compra*” (Berilo, 75, E1 anos); (2) apoio afetivo ou emocional: expressão e disponibilização de afeto, empatia e atenção, por exemplo “*(...) quando eu quero falar algo todos sabem me ouvir*” (Oscar, 70, E1 anos); e (3) apoio informacional: fornecimento de informações, sugestões ou orientações sobre modos de lidar com demandas situacionais, por exemplo: “*(...) dão muitas informações, levam muitos recortes*” (Eusébio, 63, E1 anos).

Dentre as dez alternativas de apoio social fornecidas pelo QUASHI, houve um idoso que assinalou todas as opções disponíveis e outro que apontou apenas uma delas, relativa a levar ao

hospital/posto de saúde. Em média, seis alternativas de apoio foram sinalizadas por participante, envolvendo a percepção do recebimento de diferentes categorias de apoio social. Os tipos de suporte atribuídos aos familiares com maior frequência foram orientar, ouvir preocupações e cuidar da alimentação, conforme mostra a Tabela 7.

Tabela 7. Categorias e frequência de apoio social recebido pelos participantes nos cuidados com a saúde ($N=13$)

Categorias de apoio social	f	%
Apoio instrumental ou material		
Preparar alimentação adequada	09	69,2
Estimular/acompanhar na prática de exercícios físicos	08	61,5
Acompanhar na consulta médica	07	53,8
Levar ao hospital/posto de saúde	07	53,8
Comprar remédio	05	38,5
Lembrar de tomar a medicação	04	30,7
Apoio afetivo ou emocional		
Ouvir preocupações	11	84,6
Confortar diante de dificuldades	09	69,2
Apoio informacional		
Orientar	10	76,9
Dar informações	06	46,1

Em sua maioria, os idosos manifestaram estar inseridos em contextos familiares afetivos e apoiadores, que lhes beneficiavam com cuidados diários e atenção constante. As esposas, nestas famílias, foram apontadas como companheiras e cuidadoras primordiais, sendo atribuídos a elas os cuidados com a casa e com as refeições, o que se refletia no bem estar de todos, como evidenciado no relato de Berilo (75 anos, E1):

A minha esposa ajuda fazendo o tempero que eu já falei, no caso a comida. Outra coisa, o cuidar bem da casa e do lote, principalmente nos últimos tempos, que tem essa doença aí do mosquito. (...) e preocupando com isso está cuidando da família e eu faço parte né.

Além disso, algumas esposas foram descritas como parceiras dedicadas e amorosas, como ilustram os seguintes depoimentos: “*Minha esposa está sempre do meu lado, nós formamos um belo casal. Eu quando estive doente, muito doente, ela sempre esteve 24 horas comigo, em todo o meu estado*” (Fausto, 66 anos, E1); “*É uma pessoa que sempre me apoia, em qualquer coisa que eu precisar. Um apoia o outro*” (Jânio, 71 anos, E1).

Os filhos também foram referidos por sete dos participantes como preocupados e atentos à saúde do pai, fato exemplificado pelas verbalizações de Amadeu e de Sérgio: “*eu não tenho nada que reclamar dos meus filhos, todos são interessados, todos procuram ajudar, têm aquele cuidado com a gente*” (Amadeu, 76 anos, E1); “*Conversam, dando conselho ‘pai, não é porque você tá ficando velho que tem que ficar cabeludo, ficar barbudo’.* (...) quando vou caminhar

mesmo, quando eu chego 'pai você foi caminhar hoje?' (...) eles ficam preocupados, confortam" (Sérgio, 63 anos, E1).

Franco e Gastão evidenciaram uma experiência diferente dos demais integrantes da pesquisa quanto ao apoio familiar. Apresentaram uma visão menos positiva de suas famílias quanto ao suporte recebido, que foi avaliado por eles como distante do apoio necessário e desejado. Em suas palavras: *"É a participação de compra de remédio, horário. Acho que é só o que se faz"* (Franco, 78 anos, E1); *"Eu não tenho ninguém quem me ajuda a cuidar da minha saúde, independente da minha esposa que vive comigo. Quando eu saio assim que ela tá disponível, ela vai comigo [ao médico]. Se eu esquecer de tomar a medicação, tá esquecido"* (Gastão, 62 anos, E1).

Por outro lado, foi indicado por quatro participantes que suas esposas tinham menos cuidados com a saúde do que eles próprios e que, muitas vezes, necessitavam de seus estímulos em relação à manutenção de hábitos saudáveis, como pode ser observado nas afirmações a seguir: *"Eu faço mais exercícios do que ela, incentivo mais"* (Artur, 66 anos, E1); *"A minha mulher é o contrário de mim, ela é gordinha (...). Os meus exemplos pra ela não significam muito, ela não leva em consideração. E, por conseguinte, a saúde não é tão boa"* (Mário, 72 anos, E1).

4.2.2 Acesso a informações sobre saúde e doenças

Os participantes demonstraram ter acesso amplo e constante a informações sobre cuidados com a saúde e tratamento de doenças e afirmaram buscar, com frequência média ou alta, a ampliação de seus conhecimentos a respeito. As fontes principais de informação mencionadas pelos participantes foram noticiários e programas exibidos na televisão, assim como textos veiculados na internet, como atestam os seguintes relatos:

Eu gosto muito de assistir as notícias, Globo Repórter. Tem uns programas muito bons, inclusive tô sabendo que vai ter um que vai falar sobre alimentação, sobre a vida do idoso e tal. Tudo isso nos interessa. A gente pára pra assistir. (Gastão, 62 anos, E1)

Eu sou um viciado na comunicação. Eu assisto pela televisão os noticiários em geral, rádio e até mesmo computador, apesar do meu conhecimento em informática ainda estar muito aquém do que eu gostaria, mas já o pouco que eu sei é o suficiente às vezes pra mim ver. (Mário, 72 anos, E1)

Apenas um participante declarou não ter oportunidades para obter uma quantidade maior de informações via televisão ou internet devido à esposa estar sempre solicitando sua atenção. Outras fontes de informação citadas foram os cursos e palestras oferecidas pelo próprio CCI, rádio, revista e amigos. Por exemplo: *"Depois de vir pra cá, aprendi muitas coisas"* (Jânio, 71 anos, E1); *"Eu sempre procuro ler revistas. Agora a gente assinou aquela revista 'Saúde' pra ver se tem mais informação assim do agrado"* (Ozias, 73 anos, E1).

4.2.3 Barreiras para o autocuidado

As barreiras para a emissão de comportamentos de autocuidado foram consideradas neste estudo como a presença de quaisquer fatores que inibiam os participantes de emitirem ações

recomendadas para a preservação da saúde ou prevenção de agravos. Constituíram obstáculos identificados por eles em uma lista de quatorze alternativas prévias de resposta, com a possibilidade de acréscimo de outros.

Um número de zero a oito fatores foi apontado pelos idosos como obstáculos aos cuidados com a saúde, com uma média aproximada de três citações por participante. Fausto afirmou não encontrar qualquer tipo de barreira para implementar suas ações em prol da saúde, enquanto Jânio, Mário e Ozias fizeram menção a uma única dificuldade. Por outro lado, Gastão foi o participante com maior número de dificuldades assinaladas, seguido por Amadeu e Franco.

Na Tabela 8, consta o número de respostas obtidas para cada tipo de barreira especificada no QUASHI. Como pode ser observado, as barreiras concomitantes aos esforços pessoais para cuidar da saúde foram tanto relativas a variáveis externas como a variáveis internas.

Tabela 8. Categorias de barreiras citadas pelos participantes quanto à prática do autocuidado (N=13)

Categorias de Barreiras	f	%
Ineficiência ou difícil acesso aos serviços de saúde	7	53,8
Falta de dinheiro ou pouco dinheiro	7	53,8
Vergonha de expor o corpo no exame médico	4	30,7
Filas ou espera longa para consultas ou exames	4	30,7
Dificuldade de expressar necessidades pessoais	4	30,7
Falta de tempo	4	30,7
Orientações insuficientes dos profissionais	3	23,1
Medo de descobrir doenças	2	15,4
Falta de apoio familiar	2	15,4
Estressores presentes	2	15,4
Acomodação ou descuido	2	15,4

As barreiras externas mais mencionadas foram referentes à ineficiência e dificuldades de acesso aos serviços de saúde, bem como à escassez de rendimentos financeiros. Os entrevistados apontaram deficiências no atendimento recebido na rede pública e a dificuldade para realização de exames médicos que são disponibilizados com demora pelo setor público e não são cobertos por planos de saúde. Nas palavras de alguns deles: “(...) *ai eu fui lá no laboratório, tava no mês de abril, era urgente o pedido e só tinha vaga para o mês de outubro. Ai eu desisti, resolvi pagar particular e fiz na mesma hora*” (Amadeu, 76 anos, E1); “*Na rede pública, eu comecei a fazer o tratamento da diabetes, mas eu não agüentei por causa das filas e por falta de educação do pessoal de lá*” (Eusébio, 63 anos, E1).

As barreiras financeiras se relacionaram principalmente à necessidade de pagamento de exames de valor elevado, bem como à dificuldade para obtenção da medicação prescrita e de alimentos tidos como mais adequados do ponto de vista nutricional. Gastão (62 anos, E1) foi o participante que mais enfatizou este tipo de obstáculo ao autocuidado.

Uma alimentação saudável é justamente aquela que o nosso poder aquisitivo não nos oferece condição de ter. Essas verdurinhas básicas, legumes a gente tem. Mas aquela que realmente mostra efeito positivo na vida saudável, aquela a gente não pode. No caso, é a linhaça, um produto caro, alimento a base de soja, essas coisas.

A falta de tempo e o enfrentamento de filas ou longa espera para a realização de consultas e exames, dificuldades comumente encontradas por outros segmentos da população, foram mencionados pelos idosos, embora a maioria deles tenha evidenciado facilidades nestes aspectos em função da aposentadoria e das filas preferenciais para idosos, como exemplifica os relatos a seguir: *“Tempo tenho demais, sobrando”* (Oscar, 70 anos, E1); *“O tempo é só dedicado bem dizer a saúde, cuidando...”* (Edgar, 71 anos, E1). Os quatro participantes que mencionaram dificuldades quanto à falta de tempo indicaram um aumento no número de atividades desempenhadas no CCI a partir do segundo semestre, as quais, somadas às ocupações domésticas, reduziram consideravelmente o tempo para dedicação a atividades físicas e a realização de procedimentos médicos.

Embora detentores do direito de usufruir de filas preferenciais nos atendimentos, Amadeu e Gastão declararam continuar utilizando as filas para atendimento ao público em geral. Para Edgar (69 anos), a dificuldade consistia em lidar com a longa espera para a efetivação das consultas, o que, segundo ele próprio, elevava seus níveis de ansiedade: *“Tem vez que o médico chega atrasado. (...) quando eu chego lá sempre tem quatro, cinco na frente, aí demora, vai demorando, demorando. Aí fica aquela ansiedade, esperando. (...) quando vai medir a pressão, a pressão tá alterada”* (E1).

A falta de orientações suficientes e esclarecedoras dos profissionais de saúde também foi sinalizada como obstáculo por três idosos, como foi o caso de Jânio (71 anos, E2), que se mostrou insatisfeito pela falta de orientações claras quanto à forma de proceder no tratamento da apnéia do sono, diagnóstico recebido por ele no decorrer da realização da pesquisa.

Não te orienta (...). Eu não fiquei satisfeito. Fui lá, ele olhou, disse: "É, o senhor tá com apnéia, tá grave assim, não sei o que, parará" Poucas coisas ele falou pra mim. Falei: "E aí doutor, isso aí como é que fica essa situação?" Ele: "ah, você pode deitar e não acordar". Falou isso pra mim. Essa doença não é divulgada, é pouco divulgada”.

A falta de apoio familiar, como já exposto, foi referida apenas pelos participantes Franco e Gastão, que afirmaram, entre outras coisas, não terem o auxílio esperado quanto a alimentação nem espaço na família para se queixarem de seus agravos à saúde, conforme mostra seus relatos: *“Eu tenho falta e muita falta de apoio. Eu vou recorrer a quem? (...) eu tenho uma relação de produtos que me ajuda a alimentar, mas quem vai fazer isso? A quem eu pedir?”* (Franco, 78 anos, E2); *“Lá em casa a gente às vezes não tem certo apoio pra cuidar da saúde. (...) ela [filha] não gosta de ver a gente dizer que tá sentindo nada. Ela diz que a gente tá é falando coisa à toa”* (Gastão, 62 anos, E2).

Por outro lado, as barreiras internas que prevaleceram no relato dos participantes foram a vergonha de expor o corpo diante do profissional de saúde, a dificuldade de expressar

necessidades pessoais e o medo de descobrir doenças quando da realização de exames, que serão descritas e exemplificadas em subseções específicas neste trabalho, relativas a busca e utilização de serviços de saúde e a habilidades psicossociais.

4.3 Metas e necessidades de saúde

As necessidades apontadas pelos próprios participantes quanto aos cuidados pessoais que precisavam aumentar ou fortalecer com vista ao alcance de melhores condições de saúde foram organizadas em três eixos centrais: busca e utilização de serviços de saúde, hábitos saudáveis e habilidades psicossociais. Como apresenta a Tabela 9, as mudanças reconhecidas por eles como necessárias em tais aspectos foram principalmente ampliar as buscas por mais informações sobre cuidados com a saúde, praticar exercícios físicos com maior regularidade, ter maior autocontrole das emoções e aumentar seus relacionamentos sociais. Em menor frequência, foram indicadas mudanças quanto a ações de busca e uso dos serviços de saúde.

Tabela 9. Mudanças pessoais identificadas pelos participantes como necessárias para a melhoria da saúde ($N=13$)

Metas Selecionadas	<i>f</i>	%
Hábitos saudáveis		
Ampliar buscas por informações sobre saúde	10	76,9
Aumentar a prática de exercícios físicos	08	61,5
Alimentar-se de forma mais saudável	06	46,1
Parar de fumar	01	7,7
Busca e utilização de serviços de saúde		
Aumentar a adesão às orientações dos profissionais	04	30,7
Aumentar a realização de exames preventivos	04	30,7
Aumentar a frequência a consultas médicas	03	23,1
Participar mais ativamente nas consultas médicas	02	15,4
Habilidades psicossociais		
Aumentar o autocontrole emocional	07	53,8
Aumentar o círculo de relacionamentos sociais	07	53,8
Reduzir o estresse	06	46,1
Expressar melhor opiniões, sentimentos e necessidades	04	30,7

As indicações dos idosos quando integradas às avaliações feitas pela pesquisadora com base no conjunto de informações reunidas nas entrevistas iniciais possibilitou definir como prioritárias as metas individuais descritas na Tabela 10. Como metas comuns a todos os integrantes do grupo foram consideradas: fortalecer e ampliar informações sobre os cuidados com a saúde, fortalecer esforços para manter hábitos saudáveis, fortalecer concepções sobre a importância de iniciar ou manter comportamentos promotores de saúde e aumentar o repertório de habilidades sociais, incluindo relatar experiências e opiniões no grupo e ouvir e dar *feedback* a outros participantes. De um modo geral, a estrutura e dinâmica das atividades grupais visavam alcançar estes propósitos.

Tabela 10. Metas prioritárias de saúde definidas para cada participante (N=13)

Participantes		Metas Individuais
Amadeu	Aumentar	Frequência de consultas e exames preventivos, adesão ao tratamento
	Fortalecer	Prática regular de exercícios físicos
Artur	Aumentar	Frequência de exercícios físicos, autocontrole emocional, assertividade
	Fortalecer	Busca de consultas e exames médicos, adesão ao tratamento, hábitos alimentares saudáveis
Berilo	Diminuir	Consumo de alimentos prejudiciais à saúde
	Aumentar	Frequência de consultas e exames médicos, autocontrole emocional
	Fortalecer	Prática regular de exercícios físicos
Edgar	Diminuir	Consumo de alimentos prejudiciais à saúde
	Aumentar	Autocontrole emocional, assertividade, habilidades para falar em público
	Fortalecer	Busca de consultas e exames médicos, prática regular de exercícios físicos
Eusébio	Diminuir	Consumo de alimentos prejudiciais à saúde
	Extinguir	Hábito de fumar
	Aumentar	Adesão ao tratamento, autocontrole emocional, assertividade, habilidades para falar em público
	Fortalecer	Busca de consultas e exames médicos, prática regular de exercícios físicos
Fausto	Aumentar	Frequência de consultas e exames médicos, frequência de exercícios físicos, assertividade
	Fortalecer	Hábitos alimentares saudáveis
Franco	Aumentar	Frequência de consultas e exames preventivos, frequência de exercícios físicos, autocontrole emocional, assertividade
	Diminuir	Consumo de alimentos prejudiciais à saúde
Gastão	Diminuir	Consumo de alimentos prejudiciais à saúde
	Reduzir	Queixas e lamentações
	Aumentar	Adesão ao tratamento, frequência de exercícios físicos, autocontrole emocional, habilidades para falar em público.
Jânio	Fortalecer	Busca de consultas e exames médicos
	Aumentar	Frequência de exercícios físicos, assertividade
	Fortalecer	Busca de consultas e exames médicos, adesão ao tratamento, hábitos alimentares saudáveis
Mário	Fortalecer	Busca de consultas e exames médicos, adesão ao tratamento, prática regular de exercícios físicos
Oscar	Aumentar	Frequência de exercícios físicos, adesão ao tratamento, autocontrole emocional, assertividade, habilidades para falar em público
	Diminuir	Consumo de alimentos prejudiciais à saúde
	Fortalecer	Busca de consultas e exames médicos
Ozias	Aumentar	Frequência de exercícios físicos, assertividade
	Fortalecer	Busca de consultas e exames médicos, adesão ao tratamento, hábitos alimentares saudáveis
Sérgio	Aumentar	Assertividade
	Fortalecer	Busca de consultas e exames médicos, adesão ao tratamento, prática regular de exercícios físicos, hábitos alimentares saudáveis

Jânio, Mário e Sérgio avaliaram e demonstraram possuir um repertório de autocuidado já amplo e adequado às suas necessidades. Desse modo, suas metas de saúde foram situadas principalmente no âmbito das metas grupais. Por outro lado, de forma adicional às alternativas de metas propostas pelo QUASHI, Oscar e Gastão explicitaram a aspiração de baixar o peso corporal, como pode ser percebido em seus relatos: *“Eu não tô conseguindo baixar, diminuir o peso”* (Gastão, 62 anos, E1); *“Às vezes eu sinto um pouco de falta de ar, mas eu acho que foi com meu aumento de peso, porque eu tô com seis quilos acima do meu peso normal”* (Oscar, 70 anos, E1). Outro aspecto explicitado por quatro dos participantes como desejável foi relativo à possibilidade de melhorar suas habilidades de comunicação em público com a experiência no grupo.

Embora questionados diretamente a respeito de assuntos de interesse para abordagem nas sessões grupais, os idosos, em geral, não apresentaram temas específicos como proposta. No entanto, eles evidenciaram valorização do trabalho em grupo e mostraram-se abertos à troca de experiências.

Algumas de suas falas foram esclarecedoras desta posição: *“É porque às vezes tem as sugestão, né, um tem uma, outro tem outra. Vai aprender uma coisa que você não sabia”* (Amadeu, 76 anos, E1); *“Eu faço tudo, mas o vizinho aqui diz ‘não, faça assim que é melhor’, então, pra melhorar o currículo, eu faço como ele falou”* (Sérgio, 63 anos, E1). Ozias inclusive manifestou sua aspiração em participar de um grupo de discussão, tendo relatado um sonho que tivera no qual este seu desejo era realizado.

Berilo (75, E1), por sua vez, sinalizou a importância deste tipo de experiência em grupo ser mais estimulada entre os homens:

(...) em cada reunião aqui e em outros lugares tem muito mais mulher do que homem, porque o homem é acomodado. Então, é incentivar ele a participar da reunião, porque participando ele só tem a ganhar, tem tanta coisa, tanta informação boa que a pessoa precisa.

4.4 O processo grupal

4.4.1 Frequência de participação nos encontros

Nas intervenções psicoeducativas, os encontros tiveram, em média, a presença de nove idosos, com número de integrantes variando entre sete e doze. As sessões com maior frequência foram a segunda e a última, cada qual com doze participantes. Os idosos compareceram, em média, a 6,5 encontros (72,2%). Um deles participou de apenas uma das sessões, enquanto os demais integraram, no mínimo, cinco das nove sessões realizadas, sendo que dois deles freqüentaram todos os encontros. A Tabela 11 apresenta o número de sessões em que cada um dos participantes esteve presente.

Nos casos de faltas, os idosos, na maioria das vezes, explicaram os motivos previamente ou na sessão seguinte. As principais justificativas apresentadas foram exame ou consulta médica

no mesmo horário, viagens, problemas familiares e participação em outras atividades do CCI, como apresentação do coral. Um caso específico foi de Oscar, que, por falta de opção, necessitou agendar consulta com nutricionista em dia e horário coincidentes com os encontros.

Tabela 11. Frequência e porcentagem de participação dos idosos nas sessões psicoeducativas (N=13)

No. de sessões frequentadas	<i>f</i>	%	Participantes
1 ou 2 sessões	1	7,7	Amadeu
3 ou 4 sessões	0	0	
5 ou 6 sessões	5	38,5	Artur, Edgar, Fausto, Oscar, Sérgio
7 ou 8 sessões	5	38,5	Berilo, Eusébio, Gastão, Jânio, Mário
9 sessões	2	15,4	Franco, Ozias

O participante com maior número de ausências foi Amadeu, que frequentou apenas a terceira sessão. Ele alegou motivos de viagem e a necessidade de ajudar a esposa nos cuidados com a casa e com um neto. Após o encerramento das sessões, afirmou que havia faltado também a outras atividades promovidas pelo Centro, como mostra o relato abaixo.

(...) inclusive a hidroginástica nós desistiu. Desisti de tudo aí porque tem que cuidar do meu menino [neto] lá, minha menina [filha] tá estudando demais. Hoje ela chegou lá em casa nós tava deitado, levou o menino, deixou lá em casa, nós tivemos que levantar pra arrumar, levar ele pro colégio e tudo. Aí a veia falou "não, vamos parar com isso, porque fica muita correria pra nós, vamos cuidar só aqui de casa. (Amadeu, 76 anos, E2)

4.4.2 A intervenção psicoeducativa

A intervenção implementada foi do tipo multitemática e multicomponente, com abordagem de temas variados, relativos à saúde do idoso e à saúde do homem, e aplicação de um conjunto de técnicas e vivências direcionadas a grupos. Embora houvesse um esboço prévio da estrutura do programa, o planejamento de cada sessão era realizado na semana que antecedia ao encontro seguinte, incorporando em seu conteúdo e dinâmica dados colhidos junto aos participantes, de modo a tornar o processo mais contínuo e mais condizente com as necessidades percebidas no grupo.

De um modo geral, o objetivo do programa consistiu em favorecer a ampliação ou o fortalecimento do repertório de comportamentos protetores da saúde entre homens idosos no que diz respeito a respostas de autocuidado e de busca dos serviços de saúde, bem como à modificação de comportamentos de risco para agravos a saúde. Além disso, buscou-se com os encontros fortalecer o sentimento de grupo (coesão), possibilitar o exercício da autorrevelação (falar de si mesmo) e favorecer a reflexão sobre as características e benefícios do autocuidado. Para tanto, como estratégias de condução do grupo, buscou-se estimular (1) a troca de experiências e a expressão de percepções e sentimentos acerca de temas relacionados à saúde masculina e à saúde na velhice; (2) a busca conjunta de soluções diante de obstáculos relativos à

emissão de comportamentos promotores de saúde e (3) a percepção de autoeficácia acerca das potencialidades para cuidar da própria saúde.

O foco do Programa foram os comportamentos, crenças, sentimentos e atitudes dos participantes acerca de cuidados médicos e medidas gerais para manutenção da saúde. Foi priorizada a utilização de estratégias voltadas para a revisão e modificação de padrões de comportamento contrários ao envelhecimento saudável e para o reforçamento de outros avaliados como úteis e necessários.

A primeira sessão foi destinada em parte ao levantamento de expectativas e ao fornecimento de informações sobre o programa, enquanto a última sessão visou, sobretudo, a avaliação final das experiências no grupo. As sessões foram temáticas, tendo cada uma delas um tema norteador pré-definido, de acordo com o qual foram selecionadas as estratégias de trabalho em grupo. Em linhas gerais, foram fornecidas e discutidas informações acerca de cuidados necessários para prevenir, diagnosticar precocemente ou controlar doenças e melhorar a saúde, assim como informações sobre os limites e as potencialidades do envelhecimento, os fatores determinantes da saúde dos homens, as relações entre comportamentos, crenças e saúde e a importância das habilidades sociais.

Conforme o planejamento de cada sessão, as seguintes estratégias foram utilizadas nos encontros: fornecimento de informações por meio de estratégias orais (exposição dialogada), com ou sem apoio de recursos audiovisuais; discussões em grupo, com troca de informações e experiências; uso de materiais educativos, escritos ou em vídeo; mensagens para reflexão, escritas ou em vídeo; encenações; e vivências e técnicas de grupo, adaptadas principalmente de Afonso (2002), Afonso (2010), Assis (2002) e Del Prette e Del Prette (2001).

Ao longo das sessões, a coordenadora buscava exercer uma escuta empática e atuava de modo a complementar, reforçar, valorizar ou facilitar as falas dos participantes condizentes com a proposta e objetivos do encontro e a criar um clima de confiança no grupo.

Para uma melhor compreensão dos procedimentos desenvolvidos no programa, os temas norteadores, objetivos e estratégias principais de cada encontro encontram-se descritos, em linhas gerais e de modo sucinto, na Figura 3 e são disponibilizados de forma pormenorizada no Anexo 7.

4.5 Autoavaliação e concepções de saúde

As avaliações dos participantes acerca do próprio estado de saúde e suas concepções de saúde e de envelhecimento saudável foram categorizadas e computadas, de modo a compreender como eles percebiam a saúde pessoal no momento atual do ciclo de vida e quais os significados que atribuíam ao ter saúde de um modo geral e, mais especificamente, na velhice.

No. Sessão	Descrição
1ª.	<p>Temas: O grupo como fonte de aprendizagem e apoio; os limites e as potencialidades do envelhecer.</p> <p>Objetivos: Favorecer a integração inicial dos participantes e realizar o contrato grupal; discutir a importância e as possibilidades do envelhecer.</p> <p>Estratégias: Apresentação pessoal por meio da escolha de um animal e da identificação de características comuns com este. Exposição dialogada sobre as características e o valor das aprendizagens em grupo (uso de slides). Realização de contrato grupal, incluindo compromissos com assiduidade, pontualidade, sigilo, escuta e apoio mútuo. Exibição e discussão de vídeo com imagens de mudanças físicas ao longo do ciclo de vida. Realização de dinâmica sobre os frutos do envelhecimento.</p>
2ª.	<p>Tema: A saúde do homem.</p> <p>Objetivos: Discutir diferenças de gênero no processo de envelhecimento; refletir sobre o significado de “ser homem” e suas implicações para os cuidados com a saúde.</p> <p>Estratégias: Apresentação de dados preliminares obtidos nas avaliações iniciais com os participantes, com destaque para as metas de saúde. Exposição dialogada sobre a “saúde do homem”, com abordagem dos seguintes pontos: diferenças na expectativa média de vida entre homens e mulheres, masculinidade idealizada e comportamentos de risco, padrões de comportamento masculinos em relação aos cuidados com a saúde, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (uso de slides). Exibição e discussão de dois vídeos elaborados pelo Ministério da Saúde para divulgação da Política Nacional da Saúde do Homem e da campanha “Machismo não combina com saúde”. Leitura e discussão de carta fictícia de um homem com diagnóstico de câncer de próstata, com o questionamento final “o que responderiam a ele?”</p>
3ª.	<p>Tema: O adoecer e o cuidar de si: mantendo as doenças crônicas sob controle.</p> <p>Objetivos: Gerar reflexão e expressão de sentimentos acerca do adoecimento e de seu tratamento; discutir formas de reagir ao adoecimento e as dificuldades e esforços em seguir o tratamento.</p> <p>Estratégias: Exposição dialogada sobre DC, com informações acerca das suas características e de reações psicológicas comuns frente a mesma. Reflexão em duplas sobre as seguintes questões: que lugar a doença ocupa em minha vida? o que ela me impede de realizar? o que é preciso para viver uma vida saudável apesar da doença?” Escolha e apresentação de expressões faciais relativas aos sentimentos despertados pela doença e seu tratamento. Escolha e apresentação de ditados populares. Tarefa para casa: leitura de texto sobre “doenças crônicas e envelhecimento”.</p>
4ª.	<p>Temas: Significados de ter saúde. Relação entre comportamento e saúde.</p> <p>Objetivos: Refletir sobre a saúde em uma perspectiva ampla e integradora; destacar a interrelação entre ações, pensamentos e sentimentos.</p> <p>Estratégias: Reflexão sobre o significado de ter saúde a partir de frases de autoria de pessoas públicas. Exposição dialogada sobre o conceito de saúde, conforme o modelo biopsicossocial. Leitura e discussão de um caso fictício.</p>

Figura 3. Síntese descritiva das sessões de intervenção psicoeducativa

Continuação da Figura 3:

No. Sessão	Descrição
5 ^a .	<p>Temas: As dimensões da saúde. Dimensão social da saúde.</p> <p>Objetivos: Destacar as dimensões da saúde, com ênfase em seus aspectos psicossociais; gerar reflexão sobre o próprio desempenho social.</p> <p>Estratégias: Avaliação da satisfação pessoal quanto a cinco dimensões da saúde. Exposição dialogada sobre comportamento assertivo e empatia. Discussão acerca de reações mais adequadas diante de situações sociais apresentadas por escrito.</p>
6 ^a .	<p>Temas: A importância das habilidades sociais. Assertividade.</p> <p>Objetivos: Classificar o desempenho social como assertivo, agressivo ou passivo; motivar para o exercício da assertividade.</p> <p>Estratégias: Exposição dialogada sobre habilidades sociais e assertividade (uso de slides). Encenação, por auxiliares de pesquisa, de três situações sociais relativas a repertórios agressivos ou passivos, com estímulo ao grupo para a proposição de respostas assertivas: recusando alimento contrário à dieta, lidando com críticas e queixando-se de dor.</p>
7 ^a .	<p>Temas: A importância da prevenção. A prevenção do câncer de próstata.</p> <p>Objetivos: Promover maior conhecimento sobre o câncer de próstata e suas medidas de prevenção primária e secundária. Discutir medos, preconceitos e desconfortos (físicos e psicológicos) relacionados ao exame do toque retal.</p> <p>Estratégias: Exposição dialogada sobre os níveis de prevenção em saúde, a prevenção do câncer de próstata e a relação entre masculinidade e prevenção (uso de slides). Exibição e discussão de vídeos relativos a comportamentos preventivos em homens e a realização do exame do toque retal.</p>
8 ^a .	<p>Tema: A relação entre crenças, comportamento e saúde.</p> <p>Objetivos: Ressaltar a relação entre crenças, comportamento e saúde; estimular o balanço entre vantagens e custos de uma vida saudável; estimular a busca de resolução de problemas.</p> <p>Estratégias: Exposição dialogada sobre a relação entre comportamento e saúde e introdução aos conceitos de <i>locus</i> de controle e de autoeficácia. Busca de soluções, em duplas, para situações-problemas elaboradas com base em situações relatadas pelos participantes em sessões anteriores.</p>
9 ^a .	<p>Tema: Avaliação das experiências: o que aprendemos no grupo.</p> <p>Objetivos: Verificar a satisfação dos participantes; efetuar o fechamento das atividades grupais.</p> <p>Estratégias: Avaliação oral dos encontros a partir da distribuição de questões elaboradas previamente. Distribuição de mensagens aos participantes.</p>

4.5.1 Saúde autoavaliada

Na autoavaliação da saúde, solicitada aos participantes nos três momentos de levantamento de dados da pesquisa, predominou entre eles, como representação do estado pessoal de saúde, uma apreciação positiva acerca das suas condições atuais. Na escala de cinco pontos utilizada, não houve menção a saúde pessoal no nível mais baixo, ou seja, como “péssima”.

A Figura 4 apresenta a porcentagem das avaliações de saúde obtidas nas entrevistas realizadas junto aos treze participantes.

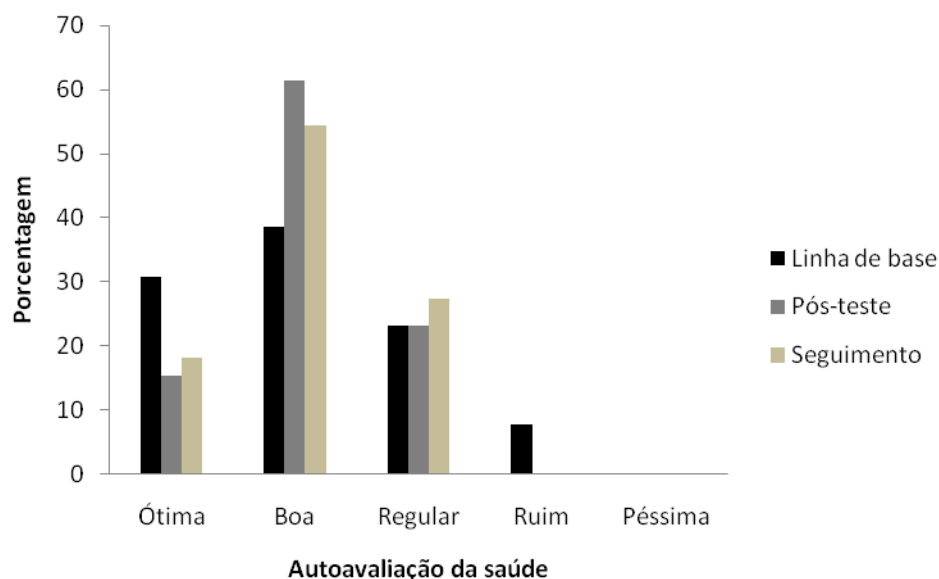


Figura 4. Porcentagem de respostas na autoavaliação do estado de saúde atual nos três momentos de avaliação da pesquisa ($N=13$)

Comparando os três momentos distintos de avaliação, como mostra a Tabela 12, observou-se a manutenção do nível de saúde autopercebido de cinco participantes, havendo alterações no relato dos demais quanto a tal resposta. A saúde pessoal foi melhor avaliada na segunda ou na terceira entrevista por quatro idosos, enquanto outros quatro apresentaram decréscimo nesta avaliação. Verificou-se, em dois casos, que a última avaliação da saúde como “regular” esteve associada a estressores presentes no período em questão, referentes a problemas financeiros ou a acentuação de conflitos familiares que havia resultado na saída do idoso de sua residência e, conseqüentemente, na alteração de toda a sua rotina. Falas correspondentes destes participantes são ilustradas a seguir: “(...) eu abalei um pouco. Mas eu tô bem. (...) em uns pontos a saúde tá boa, em outros tô sentindo um probleminha intestinal, não sei se afeta o fígado, porque é um órgão que não pode ter muita contrariedade” (Artur, 66 anos, E3); “Bom, é problema familiar. (...) dificilmente almoço em casa ultimamente, como uma coisinha aqui e outra ali, assim passo o dia” (Franco, 78 anos, E3).

Franco (78 anos, E2), na segunda avaliação, trouxe ainda, como um aspecto negativo à própria saúde, a confirmação do diagnóstico de diabetes: “É a glicemia, o último teste que eu fiz chegou a 121. Nesse tempo todo, ela tá elevando”. Sérgio (63 anos, E3), por sua vez, mudou sua autoavaliação de “ótima” para “boa” na última entrevista, sem, no entanto, apresentar aspectos específicos para tal alteração. Em suas próprias palavras: “Fiz meu check-up tem cinco mês. Tá tudo ótimo, graças a Deus. Tá boa. Ótimo eu não sei, porque a pessoa nunca que tá ótima, às vezes tá ruim e não sabe, né. Mas aparentemente eu tô bem”.

Tabela 12. Avaliação do estado pessoal de saúde pelos participantes nos três momentos de avaliação da pesquisa (N=13)

Participantes	Autoavaliações de saúde		
	Linha de base	Pós-teste	Seguimento
Amadeu	Regular	Regular	Não avaliado
Berilo	Boa	Boa	Ótima
Artur	Boa	Boa	Regular
Edgar	Boa	Boa	Boa
Eusébio	Boa	Boa	Boa
Franco	Ótima	Regular	Regular
Fausto	Ótima	Boa	Não avaliado
Gastão	Ruim	Regular	Regular
Jânio	Regular	Boa	Boa
Mário	Ótima	Ótima	Ótima
Oscar	Regular	Boa	Boa
Ozias	Boa	Boa	Boa
Sérgio	Ótima	Ótima	Boa

Apenas Gastão (62 anos), na primeira avaliação, estimou sua saúde de modo mais desfavorável, como “ruim”, o que, ao longo do seu discurso, evidenciou-se estar relacionado a suas limitações físicas e ao decorrente afastamento das suas atividades laborais. Em suas palavras: “A minha saúde, olha... ótima ela não é, nem boa. Regular também... Eu não diria péssima porque é uma palavra bem mais pesada, eu tô doente, mas tô conseguindo me locomover, então eu diria que é ruim” (E1). Nas duas entrevistas seguintes, ele passou a avaliá-la como “regular”, embora ainda destacando seus agravos à saúde, como evidenciado em seus relatos: “*Tô até bem, graças a Deus. Tá dando pra ir levando. É regular porque a minha pressão não tá controlada adequadamente, tá assim oscilando direto*” (E2); “*Falta a gente não sentir nada, mas a gente às vezes sente uma dor nas pernas, uma dor na coluna, (...) e às vezes deixa um certo desânimo na gente sabia*” (E3).

Ao longo das entrevistas, verificou-se uma frequência maior de respostas indicativas de uma autoavaliação da saúde como “boa”, correspondente ao nível quatro da escala. A boa saúde foi assim avaliada tomando-se como parâmetro principal a própria idade, com ênfase na ausência ou controle de agravos à saúde usuais na velhice. Paralelamente, a não indicação da saúde como “ótima” por estes senhores foi justificada pela existência de doenças ou dores associadas ao avançar da idade, as quais, embora sob controle, provocavam limitações e, assim, não lhes permitiam considerar a saúde como pertencente ao nível mais elevado da escala.

As sinalizações da saúde pessoal como “ótima” tiveram como motivos predominantemente alegados a ausência de problemas físicos limitadores, bem como a própria vitalidade, a manutenção de uma vida saudável e o prazer sentido em viver. Por outro lado, as

apreciações da saúde como “regular” foram atribuídas por alguns idosos, em especial, à presença de doenças e à instabilidade no quadro clínico.

Os idosos, em geral, apresentaram, ao mesmo tempo, aspectos favoráveis e desfavoráveis relativos a suas condições presentes de saúde. Assim, por exemplo, tanto os participantes que autoavaliaram a saúde como “boa” como aqueles que a avaliaram como “regular” expuseram, comumente, ambos os aspectos, embora enfatizando mais um ou outro. A Tabela 13 relaciona os principais fatores positivos e negativos indicados pelos idosos na autoavaliação da saúde, com verbalizações ilustrativas para cada um deles.

Tabela 13. Motivos alegados pelos participantes para o nível de saúde autoavaliado e verbalizações ilustrativas (N=13)

Categorias	f	Verbalizações ilustrativas
Aspectos favoráveis		
Sensação de bem-estar, sem sintomas ou dores	9	“Não sinto dor de cabeça, febre é difícil. Como, bebo, durmo, faço tudo normal, não sinto nada” (Jânio, 71, E2)
Manutenção da doença sob controle	5	“O diabetes tá controlado. Não tá 100% não, mas tá uns 90” (Eusébio, 63, E2)
Disposição e vigor físico	4	“Tenho aquela disposição, não tenho preguiça hora nenhuma” (Amadeu, 76, E1); “Eu subo e desço escadas rapidamente” (Mário, 72, E1)
Resultados de exames médicos favoráveis	4	“Sempre que faço os exames dá tudo certo” (Fausto, 66, E2); “Fiz exame de laboratório, raio X, foi tudo ótimo, tudo normal” (Sérgio, 63, E2)
Manutenção de estilo de vida saudável	3	“Baseado nos exercícios que eu faço, eu digo que a saúde tá boa” (Berilo, 75, E2)
Satisfação em viver	1	“Eu sou uma pessoa de bem com a vida, eu sou apaixonado pela vida e quero viver” (Mário, 72, E1)
Aspectos desfavoráveis		
Existência de agravos à saúde ou dores	8	“Tem o problema da próstata. Eu fiz exame e já tá aumentado” (Ozias, 73, E2); “A gente às vezes sente uma dor nas pernas, uma dor na coluna” (Gastão, 62, E3)
Oscilação/instabilidade no quadro clínico	3	“Hoje eu tô bem, às vezes amanhã eu não tô muito bem, fica vacilando” (Amadeu, 76, E1); “A pressão tá sempre oscilando, ora tá boa ora sobe um pouco” (Franco, 78, E2)
Submissão a procedimentos cirúrgicos	3	“Eu tive que fazer cirurgia, prostectomia, e isso não tem como o camarada passar por uma dessas e falar que tá bom” (Oscar, 70, E1)
Limitações físicas	2	“Eu tenho muitos limites. Eu não posso correr, não posso mais jogar futebol, já são os limites que me foram impostos” (Ozias, 73, E1)
Estresse devido problemas financeiros ou familiares	2	“Eu perdi um pouco de peso, não tô dormindo direito, tô meio perturbado devido o problema” (Artur, 66, E3)
Indisposição	1	“A gente sente indisposição, às vezes a gente não quer fazer nada, parece que o corpo já não pede, não deixa” (Ozias, 73, E3)
Dificuldade no autocontrole emocional	1	“Não tenho conseguido ser calmo” (Gastão, 62, E1)

Em grande parte, as dificuldades apresentadas pelos participantes, sobretudo quanto à saúde em sua dimensão física, foram atribuídas ao próprio envelhecimento, como evidenciado nas falas de Berilo e Edgar: *“É coisa de velho. Nada que precise de remédio”* (Berilo, 75 anos, E1); *“Dor no joelho, no braço. Com a idade vão aparecendo muitas coisinhas. Com diz o médico, é veira”* (Edgar, 69 anos, E3).

Na primeira entrevista, pouco mais da metade dos participantes (53,8%) avaliou-se como tão saudáveis quanto outras pessoas com idades equivalentes, como mostra os seguintes depoimentos: *“É igualdade, né, eu até que não sou de clamar não, eu me sinto uma pessoa assim igual”* (Amadeu, 76 anos, E1); *“A maioria tem problemas de saúde, então, eu diria que é mais ou menos igual”* (Gastão, 62 anos, E1). O restante deles (46,2%) avaliou que as pessoas acima de sessenta anos são, em geral, menos saudáveis do que eles próprios, indicando acreditarem ter um nível de saúde acima da média para esta faixa de idade. Tal consideração positiva da própria saúde em comparação aos demais idosos foi atribuída principalmente a um maior estado de ânimo percebido em si mesmo, como pode ser verificado nos relatos a seguir: *“Acho que pior do que a mim, porque eu conheço gente com cinquenta e poucos anos que não vale nada, desanimado”* (Jânio, 71 anos, E1); *“A maioria tem menos saúde do que eu, tem menos ânimo, né. Pelo menos essa parte da rapadura é boa”* (Oscar, 70 anos, E1). Nenhum participante avaliou a saúde pessoal de modo desfavorável em relação ao grupo de pares.

Em comparação a quando mais jovens, oito participantes julgaram-se como menos saudáveis, justificando o decréscimo na avaliação da saúde pessoal ao declínio físico ou cognitivo e ao surgimento de doenças, com suas complicações e restrições características. Por exemplo: *“A gente vai ficando de idade, a gente não tem aquela mente mais pra resolver certas coisas, tem horas que você me pergunta uma coisa que eu não tenho resposta pra te dar”* (Amadeu, 76 anos, E1); *“Porque eu fui sentir doença depois dos 62 anos, antes eu não sentia doença nenhuma. É coisa de velho mesmo”* (Jânio, 71 anos, E1); *“Podia comer tudo, podia beber tudo, podia correr bastante, podia passar a noite sem dormir. Hoje eu não posso”* (Eusébio, 63 anos, E1). Em geral, estes idosos ressaltaram as perdas físicas, sendo que cognitiva e emocionalmente alguns tenham relatado sentirem-se ainda semelhantes a épocas passadas do ciclo de vida, como atesta o depoimento de Oscar (70 anos, E1):

Assim de espírito e tudo eu me sinto jovem, como quando eu tinha 30 anos. Só que fisicamente eu não tenho mais condições. (...) eu me esqueço que eu tenho 70. Aí às vezes eu quero avançar demais e... "opa, tem que parar aí velho”.

Por outro lado, três idosos julgaram suas condições de saúde presentes como melhores do que em fases anteriores do desenvolvimento, atribuindo este fato, sobretudo, a um estilo de vida atual mais saudável, com abandono de hábitos nocivos à saúde e maior assertividade nas relações interpessoais, como atestam seus depoimentos.

Eu acho que agora eu tô melhor. (...) eu era compulsivo na bebida, tanto na bebida quanto no cigarro. (Artur, 66 anos, E1)

No passado, a gente não tinha assim uma direção, a gente freqüentava locais indevidos, perdia noites de sono e, às vezes, quando tinha uma bebida, a gente utilizava porque a gente tinha sempre que fazer o que os outros tavam fazendo, não tinha uma voz, não tinha opinião própria, formada. (Fausto, 66 anos, E1)

Dois idosos não fizeram distinção entre a saúde na velhice e quando mais jovens, considerando seus status de saúde como equivalentes nos dois períodos da vida. A Tabela 14 apresenta uma síntese da saúde autoavaliada dos participantes quando comparados a outros idosos e a si mesmos na juventude.

Tabela 14. Autoavaliação de saúde dos participantes comparada à saúde de outros idosos e à própria saúde quando mais jovens ($N=13$)

Categorias	f	%
Saúde em comparação aos pares		
Menos sadios do que eu	6	46,1
Tão sadios quanto eu	7	53,8
Mais sadios do que eu	0	0
Saúde em comparação à juventude		
Menos sadio agora	8	61,5
Tão sadio quanto antes	2	15,4
Mais sadio agora	3	23,1

4.5.2 Significados atribuídos ao “ter saúde”

A saúde foi apontada pelos participantes como um valor primordial da vida, aspecto ilustrado nos relatos a seguir: “*Eu creio que primeiramente Deus, depois a saúde. Isso aí é o principal pra nós*” (Amadeu, 76 anos, E1); “*Ter saúde tem quase tudo, porque a gente pode ter muito dinheiro, não tendo saúde quase não vale nada*” (Edgar, 69 anos, E1); “*Tudo de importante, eu acho que saúde é tudo*” (Mário, 72 anos, E1). A categorização de suas respostas acerca dos sentidos conferidos ao ter saúde revelou que a saúde foi tomada por eles em várias perspectivas.

Verificou-se referências tanto a aspectos biológicos como a aspectos psicossociais do conceito. Nas respostas com ênfase na dimensão física, a saúde foi destacada como ausência de sinais e sintomas, incluindo a ausência de dores e a independência de medicamento, e como ter condições físicas para manter atividades, dentre elas o trabalho e a locomoção. Na dimensão psicossocial, a saúde foi compreendida com as seguintes configurações: saúde como autorregulação afetiva e cognitiva, abarcando prazer ou alegria em viver, disposição e ânimo para trabalhar e divertir-se, controle emocional, bom convívio social e capacidade para resolver ou enfrentar problemas; saúde como manutenção de hábitos saudáveis e/ou ausência de hábitos nocivos; e saúde como boas condições financeiras para arcar com necessidades. A Tabela 15 apresenta a freqüência de citações a cada categoria nos dois primeiros momentos da coleta de

dados, bem como exemplos de verbalizações incluídas nos depoimentos dos participantes em relação à pergunta “O que significa para o senhor “ter saúde”?”

Tabela 15. Significados atribuídos ao “ter saúde” pelos participantes na primeira e na segunda entrevistas e verbalizações ilustrativas (N=13)

Categorias	E1	E2	Verbalizações Ilustrativas
	f	f	
Dimensão física			
Ausência de sinais e sintomas	5	4	“Não sente nada” (Eusébio, 63, E1,2); “não sentir dores” (Ozias, 73, E1,2); “não tá usando remédio, porque se tá usando remédio é porque tá sentido alguma coisa” (Berilo, 75, E2)
Condições físicas para manter atividades	4	2	“Estar em condições físicas de locomover, de fazer seus afazeres” (Oscar, 70, E1); “ter condições físicas de andar, nadar, correr um pouco” (Franco, 78, E2)
Dimensão psicossocial			
Autorregulação afetiva e cognitiva	8	10	“Viver bem com a gente mesmo” (Eusébio, 63, E1); “estar de bem com a vida” (Ozias, 73, E1, E2); “ter alegria pra levantar, brincar, ter satisfação em participar das coisas da vida” (Jânio, 71, E2); “não se estressar com qualquer coisa” (Sérgio, 63, E2); “não ficar assim nervoso” (Artur, 66, E2); “tem disposição pra tudo e coragem também” (Edgar, 69, E2); “ter prazer em viver em sociedade, em comunidade” (Mário, 72, E1); “conhecer a vida, sair de certos problemas” (Franco, 78, E1)
Manutenção de hábitos saudáveis e ausência de hábitos nocivos à saúde	4	5	“Não fumar, procurar fazer exercícios” (Artur, 66, E1); “boa alimentação, com atividade física e mental” (Sérgio, 63, E1); “ter uma alimentação saudável” (Fausto, 66, E2)
Boas condições financeiras	0	1	“O lado financeiro a gente precisa pra poder se manter” (Gastão, 62, E2)

4.5.3. Fatores associados ao envelhecimento saudável

Em relação aos determinantes do envelhecimento saudável ou bem-sucedido, os conteúdos relatados pelos entrevistados foram também agrupados em fatores físicos e fatores psicossociais. Dentre os fatores físicos mencionados, foi possível identificar duas subcategorias, que apresentavam em comum o fato de enfatizarem as necessidades ou limitações orgânicas da pessoa idosa, a saber: a busca de serviços médicos e uso da medicação e o reconhecimento e respeito às próprias limitações físicas. Os fatores psicossociais, por sua vez, foram organizados em três subcategorias: a manutenção de hábitos saudáveis e ausência de hábitos nocivos à saúde; a autorregulação afetiva e cognitiva, incluindo manutenção de atividades de trabalho ou recreativas, manejo de situações estressantes, satisfação em viver, bom relacionamento familiar e prática de ações solidárias; e o controle das finanças. A Tabela 16 mostra o número de participantes que apresentou cada uma destas subcategorias e trechos de relatos correspondentes

nas duas primeiras entrevistas.

Tabela 16. Fatores determinantes do envelhecimento saudável na percepção dos participantes e verbalizações ilustrativas (N=13)

Categorias	E1	E2	Verbalizações Ilustrativas
	f	f	
Fatores físicos			
Busca de serviços médicos e uso da medicação	1	3	“O homem a partir dos 40 tem que procurar tratar” (Amadeu, 76, E1); “tem que procurar o médico, fazer os exames” (Eusébio, 63, E2)
Respeito às limitações orgânicas	0	1	“Viver a vida, mas sem arriscar, sem passar dos limites. Não vou fazer mais igual correr, jogar futebol” (Oscar, 70, E2)
Fatores psicossociais			
Manutenção de hábitos saudáveis e ausência de hábitos nocivos à saúde	8	12	“Dormir bem e fazer caminhada” (Berilo, 75, E1); “boa alimentação, muito exercício físico, porque depois dos 50 tem que puxar mais” (Sérgio, 63, E1); “não dormir tarde” (Edgar, 69, E1); “não fumar, não beber” (Ozias, 73, E2); “se tiver hábitos de fumar, beber exageradamente e a gula, então procurar evitar” (Artur, 66, E2)
Autorregulação afetiva e cognitiva	9	10	“Procurar não ter muita preocupação” (Ozias, 73, E1); “uma viagem faz bem, uma boa leitura também” (Artur, 66, E1,2); “ter amor pela vida, gostar de viver, ser bem consigo mesmo” (Mário, 72, E2); “o mais importante é a família, a gente viver bem” (Eusébio, 63, E1); “ajudar alguém, as vezes nem financeiramente, as vezes uma palavra amiga, que dá força, uma visita a um hospital, a um asilo, que faça alguém se sentir bem” (Artur, 66, E2); “se tiver em idade que agüenta trabalhar, trabalhar, é o que mais segura a pessoa quando envelhece” (Oscar, 70, E1); “se divertir, se ocupar em um lazer qualquer que goste” (Jânio, 71, E2)
Controle das finanças	3	1	“Controlar a vida financeira pra não ter problema de ultrapassar o limite do banco” (Ozias, 73, E1)

De um modo geral, os idosos ressaltaram ser necessário um conjunto de fatores para assegurar um bom envelhecer, com predomínio daqueles de natureza psicossocial. A maioria deles destacou em seus depoimentos a necessidade de bons hábitos para o alcance de um envelhecimento saudável. Três deles apontaram inclusive que a saúde na velhice decorre da manutenção de hábitos saudáveis desde a juventude, como exemplificado no relato de Sérgio (63, E2): “*Pra gente ter um envelhecimento saudável, deve evitar, no tempo de jovem, muita farra. (...) precaver*”.

4.6 Autocuidado antes e após as sessões psicoeducativas

Modificações presumidas no repertório comportamental dos participantes quanto ao fortalecimento ou ampliação de práticas preventivas e promotoras da saúde nos três momentos

de avaliação da pesquisa – linha de base, pós-intervenção e seguimento – foram organizadas e analisadas tomando por parâmetro seus comportamentos e crenças relativos aos três eixos centrais de análise já mencionados, os quais são apresentados nesta subseção na seguinte seqüência: busca e utilização dos serviços de saúde, hábitos saudáveis e habilidades psicossociais.

Para cada um destes eixos, são relatados os dados quantitativos levantados ao longo das entrevistas mediante as respostas fornecidas pelos participantes às questões do QUASHI que foram apresentadas na forma de escalas ou de escolha de alternativas prévias. Também são apresentadas categorias temáticas elaboradas a partir das verbalizações emitidas em resposta às questões abertas.

Os conteúdos dos relatos dos idosos foram categorizados tendo em vista a emissão ou não de condutas tidas como importantes para a prevenção ou identificação de doenças prevalentes neste grupo etário e em concordância com seus planos de tratamento. Além disso, foram consideradas as suas crenças, entendidas como proposições ou hipóteses quanto à prática de determinados comportamentos, incluindo a expectativa dos seus possíveis resultados.

Com embasamento no Modelo Transteórico de Mudança, o tipo de análise empregada foi relativa ao estágio motivacional dos participantes com respeito ao processo de implementação dos comportamentos desejados. Os participantes, dessa forma, foram classificados e reclassificados, conforme seus relatos, de acordo com a intenção evidenciada ou emissão de determinados comportamentos.

4.6.1 Busca e utilização dos serviços de saúde

Na categorização e análise das verbalizações dos idosos relativas à busca e utilização dos serviços de saúde, procurou-se identificar seus comportamentos e crenças relacionados com cuidados médicos necessários para a prevenção e controle de agravos à saúde, especificamente a realização de consultas e exames médicos e o seguimento das orientações e prescrições recebidas dos profissionais consultados. Tais assuntos foram abordados principalmente nas sessões cujos temas foram: a saúde do homem (sessão 2), o adoecer e o cuidar de si (sessão 3), a importância da prevenção (sessão 7) e a relação entre crenças, comportamento e saúde (sessão 8).

4.6.1.1 Realização de consultas médicas

A frequência dos participantes a consultórios médicos nas avaliações que precederam as sessões psicoeducativas foi considerada tomando como parâmetro os doze meses anteriores às primeiras entrevistas. Nas avaliações posteriores, o espaço de tempo considerado foi relativo aos três meses que antecederam as entrevistas pós-intervenção e aos quatro meses que antecederam as entrevistas de seguimento. Para efeito comparativo, foi obtida a média de consultas em cada período, dividindo-se o número de consultas informado pelo número de meses correspondentes. Como mostra a Tabela 17, observou-se um aumento relativo das consultas nos sete meses

seguintes a intervenção, com a ressalva de que a última avaliação foi respondida por apenas onze idosos, já que Amadeu e Fausto não puderam ser contatados na ocasião. Artur, Eusébio e Sérgio não realizaram consultas no seguimento.

Tabela 17. Média de consultas médicas por mês antes e após a intervenção

Etapa da Pesquisa	Tempo de referência	Total de consultas	Média de consultas por mês
Linha de base	12 meses	52	4,33
Pós-Intervenção	3 meses	18	6,00
Seguimento	4 meses	19	4,75

A Figura 5 apresenta a comparação da média mensal de consultas por participante, evidenciando aumento no número de visitas médicas para dez dos participantes.

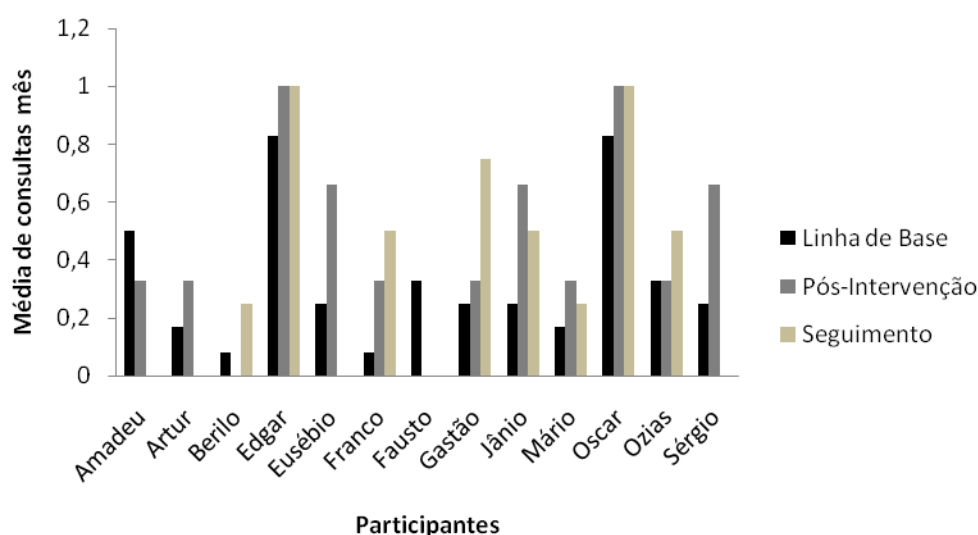


Figura 5. Média de consultas por mês de cada participante antes e após a intervenção

No intervalo de tempo total incluído nas avaliações, relativo a dezenove meses, computou-se uma média de 6,8 consultas por participante, sendo que em apenas 13,5% das entrevistas foi afirmada nenhuma realização de visitas a consultórios médicos no período correspondente. Os idosos com maior número de consultas médicas realizadas foram Edgar e Oscar, com um número estimado de dezessete consultas cada um, em dezenove meses. Estes participantes realizavam consultas periódicas com diferentes especialistas para acompanhamento de seus quadros clínicos. Por outro lado, Berilo foi o participante que se submeteu a um número menor de consultas médicas, tendo realizado apenas duas delas, sendo a primeira correspondente à necessidade de obter atestado médico com cardiologista para

viabilizar a realização de atividades físicas no CCI e outra, posterior às intervenções, relativa a uma consulta oftalmológica para troca de óculos. Em suas palavras: “*O único exame que eu tenho feito é o de cardiologia para pegar o atestado. Todo ano nessa época eu faço. Peguei o atestado há poucos dias. De cardiologia, não porque tá doente*” (Berilo, 75 anos, E1).

Ao todo, os idosos recorreram, no período, a clínicos gerais e a médicos de oito especialidades para avaliações preventivas, investigações diagnósticas ou acompanhamento de doenças. Os especialistas mais procurados foram cardiologistas e urologistas, consultados, respectivamente, por 69,2% e 61,5% dos participantes. Em frequência menor, houve também relatos de visitas a endocrinologistas, oftalmologistas, ortopedistas, oncologistas, neurologistas e pneumologistas. Sete idosos informaram consultas com clínicos gerais, tratando-se, em parte dos casos, de médicos que atuavam em postos de saúde no acompanhamento a pacientes diabéticos. Na Tabela 18, é apresentada a frequência de participantes que buscaram diferentes especialidades nos meses que antecederam e que se seguiram às intervenções.

Tabela 18. Frequência e porcentagem de participantes que realizaram consultas a diferentes especialidades médicas antes e após as intervenções

Especialidades Médicas	Linha de Base		Pós-Intervenção e Seguimento	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Cardiologia	9	69,2	8	61,5
Urologia	8	61,5	5	38,5
Clínico Geral	4	30,8	5	38,5
Endocrinologia	3	23,1	2	15,4
Oftalmologia	1	7,7	3	23,1
Ortopedia	1	7,7	1	7,7
Neurologia	1	7,7	1	7,7
Oncologia	1	7,7	1	7,7
Pneumologia	0	7,7	1	7,7

Além dos atendimentos médicos clínicos ou ambulatoriais, três participantes relataram a ocorrência de atendimentos emergenciais devido a acidente automobilístico, elevação da pressão arterial e lesão provocada por quedas. Apenas Edgar, na entrevista de seguimento, informou internação hospitalar, o que ocorreu por um período de dez dias em decorrência de sua submissão a uma angioplastia. Embora em menor frequência, houve referências ainda a consultas com outros profissionais da área de saúde, abrangendo odontólogos, nutricionistas e fisioterapeutas. A Tabela 19 apresenta os tipos de atendimentos na área da saúde que os participantes informaram terem recebido nos períodos avaliados.

Um total de sete participantes declarou possuir plano privado de assistência à saúde e utilizar exclusivamente ($n=4$) ou prioritariamente ($n=3$) os serviços médicos privados, enquanto os demais idosos, com exceção de Berilo, relataram recorrer em maior frequência ao serviço

público de saúde. A procura por atendimentos em centros ou postos de saúde foi referida por sete idosos, incluindo consultas e orientações em grupo para portadores de diabetes ou hipertensão. Por exemplo: “*Noutro dia eu participei de uma reunião com os hipertensos lá no posto de saúde, eles sempre fazem essa reunião lá, é uma vez por ano*” (Gastão, 62 anos, E2); “*Eu tenho acompanhamento do diabético, hipertenso, no posto de saúde*” (Fausto, 66 anos, E1).

Tabela 19. Tipos de atendimentos em saúde recebidos pelos participantes antes e após a intervenção (N=13)

Tipos de Atendimento	Linha de Base		Pós-Intervenção e Seguimento	
	f	%	f	%
Atendimento médico				
Médico não emergencial	13	100	12	92,3
Médico emergencial	1	7,7	2	15,4
Cirúrgico	1	7,7	1	7,7
Com outros especialistas				
Odontológico	7	53,8	2	15,4
Nutricional	2	15,4	2	15,4
Fisioterápico	2	15,4	1	7,7

Para efeitos de maior compreensão e de facilitação da análise dos resultados, os participantes foram agrupados conforme os padrões de comportamento e os estágios de mudança identificados em relação às metas traçadas para cada um deles.

Meta 1: Promover a realização de consultas médicas.

a. Participante alvo: Berilo.

b. Padrão de comportamento inicial: Esquiva de consultas médicas.

- Descrição: O idoso declarou que há mais de trinta anos, realizava visitas a consultórios médicos unicamente para obtenção de atestados e realização de exames oftalmológicos. Exemplo: “*Consulta médica que eu faço é quando é pra trazer algum atestado para participar de atividades. É com cardiologista ou de vista. Só*” (Berilo, 75 anos, E1).

c. Estágio inicial: Pré-contemplação, com ausência de reconhecimento quanto à necessidade de mudar o padrão de comportamento vigente. Exemplo:

Eu tenho o seguinte assim: "Ah, eu tô sadio, eu vou ao médico, eu vou voltar é doente, que ele vai passar exame disso, exame daquilo outro (...). E eu não vou, não vou. É uma burrice, uma ignorância, uma coisa que eu assumo. Mas eu tô me sentindo bem, sabe. E aí fica do tamanho que tá. (Berilo, 75 anos, E1)

d. Crenças, hábitos e respostas emocionais associados:

- Crença de que o cultivo de hábitos saudáveis e a prática de exercícios físicos atua como medidas compensatórias na ausência de atendimentos médicos. Exemplo:

Eu confio assim que essa saúde que eu tenho hoje, eu tenho que conservar ela. Então, como? Nas caminhadas, nos exercícios de hidroginástica, na alimentação com pouco sal,

na medida do possível não comendo doce, sabe, então na minha cabeça acho que isso aí é suficiente e por isso eu fico relaxado nessa parte. (Berilo, 75 anos, E1)

- Crença de que a realização da consulta leva ao aparecimento de doenças. Exemplo: “*Eu não sinto nada. Eu tenho medo de ir ao médico e voltar doente, dele me adoecer. Porque eu sou velho. Se procurar, vai encontrar alguma coisa*” (Berilo, 75 anos, E1).

- Uso de remédios naturais para tratamento de algum sintoma. Exemplo: “*Quando eu preciso de alguma coisa assim pra garganta, eu faço gargarejo que eu já conheço e com coisas naturais como romã*” (Berilo, 75 anos, E1).

e. Estratégias empregadas no grupo: Sensibilização para a necessidade da realização de consultas médicas como uma forma importante de cuidar de si e de preservar a saúde e questionamento de crenças disfuncionais associadas às consultas médicas.

f. Padrão de comportamento final:

- Contemplação, com relato da possibilidade de buscar consulta médica em futuro próximo e realização de uma consulta com oftalmologista para troca de óculos.

(...) porque eu vejo outras pessoas "tem que fazer um *check-up*, tem que ir ao médico", aqui mesmo nós ouvindo entre os colegas, comecei a imaginar assim que eu também certamente... eu acredito que eu vá fazer. Não sei, tô pensando. (...) tô tomando coragem. (...) a gente ouvir a opinião que eles [colegas] dão e de vocês foi muito bem. Isso vai ajudar tanto a gente a pensar em casa, refletir. Quem sabe, de repente aquilo que não vai indo bem, muda. Pode até mudar. (Berilo, 75 anos, E2)

Olha, tem hora que eu penso que eu preciso fazer e depois eu esqueço daquilo, passa e eu não faço. Eu até imagino que uma pessoa da minha idade deveria ser, né, rigoroso nessa parte. (...) a única coisa que eu fiz essa semana foi exame de vista, vou trocar os óculos (...). Fui ao médico, fez um exame rigoroso. (Berilo, 75 anos, E3)

- Revisão de crenças: Reflexões acerca das próprias crenças em resposta às experiências vividas no grupo.

Há momentos que uma crítica ajuda muito mais que um elogio, eu penso. Há momentos que um não é muito mais recomendado que um sim. (...) porque a última vez que fui ao médico foi em 78, já completou 32 anos, (...) porque eu sou uma pessoa que, na minha cabeça, eu tenho medo de ir ao médico e voltar doente, sabe? Então, eu, há muitos anos, eu comecei a fazer muita caminhada e a fazer muitos exercícios e a administrar a minha visão para viver bem. (...) porque na minha cabeça isso é uma prevenção pra eu não ir ao médico. Então na minha cabeça, assim, eu tenho medo. Mas ouvindo da vida de outros colegas, então a gente vai começar a olhar pra dentro assim e ver o seguinte que não somos donos da verdade. (Berilo, 75 anos, sessão 9)

Tem tantas orientações pra gente. Mas eu tenho esse bloqueio. E aí pra compensar é onde que eu faço exercícios e essas coisas. Procuro evitar algum tipo de alimentação, algum tipo de bebida. Mas estou consciente que isso não é o todo. É um pouco. É uma parte. (Berilo, 75 anos, E2)

- Consideração de fatores psicossociais possivelmente relacionados a suas dificuldades quanto à realização das consultas.

É muito difícil, eu sou muito pensador e... vergonha, é... essas coisas que aflige pessoas da minha idade que vem lá do interior, mas, quer saber o que eu tenho? eu tenho vergonha. (Berilo, 75 anos, E2)

Eu tenho assim, não vou dizer, um medo. Eu olho pra mim e é como se eu não tivesse necessidade. Eu fico me defendendo. Então, é aquela coisa eu quando muito jovem tive

medo de dentista porque eu fui e quase me arrancaram o queixo fora. Por isso eu acabei perdendo um dente superior. (Berilo, 75 anos, E2)

Meta 2: Aumentar a frequência de consultas médicas preventivas.

a. Participantes alvo: Amadeu, Franco, Fausto.

b. Padrão de comportamento inicial: Realização de consultas médicas somente na evidência ou agravamento de sintomas.

- Descrição: Os idosos protelavam a busca por consultas, em geral só recorrendo a avaliações médicas quando do surgimento ou agravamento de algum tipo de disfunção orgânica.

Exemplos:

Só vou quando há necessidade. O problema aí eu tiro pelo seguinte, quando eu vejo que algo não tá bem, por exemplo não tô urinando suficiente, sinto algumas dores, então eu me sinto por obrigação ir lá fazer alguns exames. (Franco, 78 anos, E1)

Hospital eu vou pro pronto socorro. É muito difícil, mas às vezes não dá para segurar muito. Eu tive uma torção no pé e eu não fui. Fiquei quatro meses com o pé dolorido (...). Acho que vai ficar bom, aí dou um tempo. (Fausto, 66 anos, E1)

Você quer ver, eu tô com seis meses que não vou ao hospital, em posto de saúde. E tô até precisando de ir, porque me apareceu um negócio aqui ó, nesse braço aqui, começou a coçar aqui, e vai, e vai e tá desse jeito. Já passei tanto remédio e vou ter que marcar uma consulta pra esse trem aqui. (Amadeu, 76 anos, E1)

c. Estágio inicial: Pré-contemplação, com não reconhecimento da importância da avaliação e orientação médica na ausência ou no início do aparecimento de sintomas e conseqüente busca retardada das consultas. Exemplo: “*Eu sou ruim pra ir em médico, eu só vou mesmo naquelas horas que tá precisando mesmo, igual quando você tá com fome, só vou comer quando tiver com fome*” (Amadeu, 76 anos, E1).

d. Crenças e hábitos associados:

- Crença de que a pessoa só deve buscar ajuda médica se estiver sentindo sintomas específicos e houver necessidade de alguma prescrição medicamentosa. Exemplo: “*A gente só corre atrás do médico quando sente alguma coisa, né*” (Franco, 78 anos, E1).

- Crença de que a realização da consulta leva ao aparecimento de doenças. Exemplo:

Agora descobri que ficar indo em hospital eu fico mais doente. Porque eu chego aqui pra me consultar hoje e pedem um muncado de exame, eu pego e faço aqueles exames. Amanhã eu venho trazer o resultado, aí já pede outro exame, eu tô com outra coisa. Aí eu faço aquele outro exame, aí eu venho trazer, diz “ah não rapaz, você tem que fazer esse exame aqui porque esse aqui tá assim...”. Aí eu já passei pra outra coisa que eu tô sofrendo. Então, eu acho melhor não tá indo lá no hospital não, porque me sinto bem. (Amadeu, 76 anos, E1)

- Prática habitual de uso de remédios naturais, de autodiagnóstico ou automedicação diante de algum mal estar. Exemplo: “*Eu acho melhor tá em casa, bebendo aquela água com casca de pau, essas coisas e tal*” (Amadeu, 76 anos, E1); “*Quando eu não tô bem, bem, eu vou lá, tomo um comprimido de pressão e pronto. Eu acho que a pressão não está bem*” (Franco, 78 anos, E1).

e. Estratégia empregada no grupo: Sensibilização para os benefícios das consultas preventivas.

f. Padrão de comportamento final:

- Incongruências nos relatos de Amadeu e Franco tornaram difícil precisar o estágio de mudança em que se encontravam, denunciando inconsistências entre suas crenças e práticas em saúde, pois realizavam consultas preventivas mesmo afirmando só ser necessário recorrer ao médico em caso da presença de sintomas.

(...) você vai lá fazer um exame, pede outro, aí sempre tem uma coisa a mais, então eu já não vou pra não tá fazendo isso (Amadeu, 76, E2); Agora mesmo, esses dias, eu fiz um *check-up*, assim da unha até o fio de cabelo, todinho. (Amadeu, 76 anos, E2)

(...) eu tenho essa quase que uma obrigação, que a idade vai avançando, quase todos os anos eu tenho que ir na urologia. (...) vou fazer exame de próstata agora quando completar um ano, daqui a uns dois, três meses. (Franco, 78 anos, E2); Só quando eu sinto alguma coisa, quando eu não sinto nada não procuro profissional. (Franco, 78 anos, E3)

- Fausto manteve-se no estágio da pré-contemplação, tendo evidenciado continuidade do padrão de busca retardada das consultas. Exemplo: “(...) *não tenho ido não com aquela frequência, qualquer coisa ir (...). É raramente, porque eu chego lá o médico não quer receitar nada, ele diz que tá tudo bem*” (Fausto, 66 anos, E2).

- Manutenção da crença de Amadeu de que a consulta resulta no aparecimento de doenças. Exemplo: “*Eu não sou muito de tá indo em médico não. Você começa a ir em médico, todo dia que você vai lá você volta mais doente*” (Amadeu, 76 anos, E2).

Meta 3: Manter a regularidade das consultas médicas.

a. Participantes alvo: Artur, Edgar, Eusébio, Gastão, Jânio, Mário, Sérgio, Ozias e Oscar.

b. Padrão de comportamento inicial: Realização periódica de consultas médicas.

- Descrição: Os idosos realizavam visitas médicas, de forma periódica, para avaliações preventivas e para acompanhamentos de seus quadros clínicos, não adiando as consultas para as ocasiões em que seus organismos evidenciavam sintomas. Exemplos: “(...) *eu faço sempre check-up e vou regularmente ao urologista, que de seis em seis meses eu vou lá*” (Ozias, 73 anos, E1); “(...) *eu faço acompanhamento, então pra mim ir em médico de urgência, eu acho que nunca fui*” (Eusébio, 63 anos, E1). Além disso, buscavam sem demora os especialistas necessários na presença de sintomas físicos e persistiam na investigação diagnóstica por ocasião do não esclarecimento do problema. Exemplos: “*Qualquer sinal eu já... se eu der uma dor de cabeça eu já corro logo pro médico, porque pra mim é anormal*” (Oscar, 70 anos, E1); “*Eu procuro o médico, eu vou em cinquenta se for preciso pra achar qual é o meu problema*” (Jânio, 71 anos, E1).

c. Estágio inicial: Ação/manutenção, com os idosos afirmando já realizarem consultas com média ou alta regularidade.

d. Crenças associadas:

- Crença na utilidade das consultas preventivas. Exemplo: *“Tem que tá sempre indo no médico. Tem que ter cuidado, porque às vezes você pensa que é uma coisinha à toa e é grave, pode ser uma coisa grande”* (Jânio, 71 anos, E1).

- Crença no valor da realização de consultas interativas, com o idoso, em seis dos casos, mostrando-se atuante quanto a conceder informações, descrever sintomas e buscar esclarecimentos de dúvidas, muitas vezes em um clima amigável e informal. Exemplos: *“Eu faço muitas perguntas, tem dia que levo até escrito pra não esquecer”* (Ozias, 75 anos, E1); *“(…) minhas consultas é bate papo”* (Oscar, 70 anos, E1).

e. Estratégias empregadas no grupo: Reforçamento dos padrões de comportamento e de crenças apresentados.

f. Padrão de comportamento final:

- Manutenção das iniciativas concernentes à busca de consultas preventivas, diagnósticas e para acompanhamento clínico. Exemplos: *“Preventivo eu realizo, eu vou sempre no médico”* (Jânio, 71 anos, E2); *“Eu tenho seqüência com oncologista, o endocrinologista, o cardiologista e o urologista. Com esses daí é de três em três meses. Então, de julho pra cá, eu fiz uma bateria e vou fazer outra agora”* (Oscar, 70 anos, E3).

- Fortalecimento da crença na importância das consultas de rotina: Menções, por todos, das consultas periódicas como uma forma importante de estarem informados quanto ao funcionamento do próprio organismo, de modo a obterem orientações eficazes e, se necessário, medidas terapêuticas. Exemplos: *“Porque a gente é uma máquina, né. Então, pra ter uma boa saúde, a gente tem que cuidar do corpo todo. Por exemplo, eu vou ter que ir nesses dias no médico... aquele que cuida de... hemorróida”* (Edgar, 69 anos, E2); *“Eu acho que tudo que não está dentro do padrão da gente, que foge, tem que procurar quem entende do assunto pra te orientar. Se tiver uma explicação oral assim, a gente assimila melhor”* (Oscar, 70 anos, E2); *“(…) pra ter um envelhecimento saudável tem que procurar o médico, fazer os exames”* (Eusébio, 63 anos, E2). Houve ainda maior ênfase quanto à importância de se cultivar uma atuação participativa nas consultas. Exemplo: *“Eu converso tudo, eu falo tudo que eu sinto, eu acho que é importante, tanto na medicina como no caso da psicologia, você tem que falar tudo, porque aí a pessoa é que vai analisar, saber como anda”* (Artur, 66 anos, E2).

4.6.1.2. Realização de exames médicos

Em relação à realização de procedimentos preventivos ou diagnósticos, foram sondados os tipos de exames aos quais os idosos tinham sido submetidos nos doze meses anteriores às primeiras entrevistas e nos meses compreendidos entre o início das intervenções psicoeducativas e as entrevistas finais. Os participantes afirmaram ter realizado, em cada período investigado, entre um e onze exames preventivos ou para acompanhamento clínico, com predomínio de aferição da pressão arterial e medição da taxa de glicose no sangue. A totalidade dos idosos realizou pelo menos um destes dois exames, em grande parte como forma de

acompanhamento de seus quadros de diabetes e hipertensão. Nestes casos, as medidas, em geral, eram tomadas pelos próprios idosos com aparelhos de uso pessoal. Além disso, no CCI era prática constante, nas atividades físicas, monitorar a pressão arterial dos idosos.

Houve ainda referências a exames de laboratório, especialmente hemogramas e exames de fezes e urina. Os exames da próstata foram realizados pela maioria dos idosos, com maior submissão ao teste de sangue PSA (Dosagem do Antígeno Prostático Específico) do que ao toque retal. Outros procedimentos, referidos por um número menor deles, foram exames de imagem, exames para avaliação cardíaca (eletrocardiograma, teste ergométrico, monitoramento cardíaco, cintilografia), ecografias, exames oftalmológicos, testes de HIV, polissonografias, endoscopias e biopsia prostática. As imunizações também constituíram uma prática constante entre os participantes, com todos eles afirmando submissão recente a esta medida de prevenção primária. A Tabela 20 relaciona os tipos de procedimentos médicos relatados, identificando o número de idosos que se submeteu a cada um deles.

Tabela 20. Tipos de procedimentos médicos realizados pelos participantes antes e após a intervenção (N=13)

Tipos de Procedimentos	Linha de Base		Pós- Intervenção e Seguimento	
	f	%	f	%
Imunização	10	76,9	13	100
Medição da pressão arterial	12	92,3	13	100
Exame de glicemia	10	76,9	11	84,6
Hemograma	9	69,2	7	53,8
Exames de urina e fezes	8	61,5	7	53,8
PSA	11	84,6	7	53,8
Exame do toque retal	7	53,8	3	23,1
Exames de imagem	3	23,1	2	15,4
Exames cardiológicos	7	53,8	3	23,1
Ecografia	3	23,1	2	15,4
Exame oftalmológico	0	0	3	23,1
Teste HIV	2	15,4	1	7,7

Os entrevistados, em sua maioria, declararam realizar diversos tipos de exames e geralmente de acordo com a periodicidade recomendada para a faixa de idade em questão. Na avaliação pré-intervenção, os tipos de exames realizados no período de doze meses variaram em quantidade de três a oito, com uma média de 6,2 tipos de exames por participante. Nas avaliações seguintes, os exames realizados ao longo de sete meses variaram de um a onze, com média de 4,8.

Os idosos que se submeteram a uma maior variedade de exames foram Sérgio, Edgar e Ozias, que tinham a prática de realizar *check-up* médico anual como parte de seus cuidados com a saúde, como relata um deles: “Anualmente, eu faço todos os exames para averiguar

porventura alguma coisa que eu tenha que fazer? (Sérgio, 63 anos, E1). Por outro lado, os idosos que passaram por menos tipos de exames foram Franco e Berilo (Ver Tabela 21).

Tabela 21. Quantidade de exames realizados pelos participantes antes e após a intervenção (N=13)

Participantes	Linha de Base	Pós-Intervenção e Seguimento
	No. de Exames	No. de Exames
Amadeu	6	8
Artur	8	2
Berilo	3	3
Edgar	8	8
Eusébio	5	2
Franco	4	2
Fausto	6	1
Gastão	7	6
Jânio	8	4
Mário	6	2
Oscar	6	7
Ozias	8	7
Sérgio	6	11

Em geral, os participantes afirmaram a realização de avaliações médicas periódicas e destacaram a importância dos exames preventivos como forma de identificar e tratar doenças em tempo hábil. Oscar, inclusive, exemplificou, nas entrevistas e nas sessões grupais, a importância da prática destes exames ao relatar a descoberta de um carcinoma e, tempos depois, de diabetes a partir da realização de avaliações gerais, sem que apresentasse sinais ou sintomas em quaisquer dos casos.

Aí falei "vou fazer um *check-up* pra ver se eu tô inteiro". Aí fui no urologista (...), quando chegou lá tava com carcinoma, aí que eu fiz a cirurgia. Vai completar quatro anos. Não sinto nada. Nunca senti nada, fui fazer preventivo e apareceu. Tava escondidinho lá no canto (Oscar, 70, E2).

(...) eu fiquei sabendo dos exames que eu tô diabético, né. (...) fui fazer a curva glicêmica e constatou que tava... e tô fazendo o tratamento. (Oscar, 70, E2)

Eusébio, Ozias e Gastão indicaram uma diminuição na frequência de submissão aos exames no espaço temporal compreendido entre o início das sessões e as entrevistas de seguimento, fato este justificado pelo grande número de compromissos assumidos no período, o que comprometeu a disponibilidade para este tipo de cuidado. No entanto, eles e outros dois participantes ressaltaram a intenção de efetuar novas consultas e exames preventivos nos meses seguintes. Eis alguns exemplos: *"Eu tô aguardando agora o recesso pra fazer um check-up. Primeiro pra fazer um check-up é o clínico, depois coração, gastro, e tem o outro também... nutricionista. Tem que passar por esses todos"* (Eusébio, 63 anos, E3); *"Eu tô com uma bateria*

de exame pra fazer (...). Porque é hábito meu também fazer, eu gosto de fazer todos os exames” (Artur, 66 anos, E2).

Apenas Berilo e Fausto afirmaram que nunca ou raramente realizavam exames preventivos além dos testes rotineiros da pressão arterial e da glicemia, o que, no caso do primeiro, era feito com o aparelho da esposa hipertensa ou em ações públicas de rastreamento. Na entrevista pós-intervenção Fausto, relatou a necessidade de maior regularidade nos exames: *“Eu sei que eu devo fazer no mínimo de dois em dois anos, né. Agora tem um período longo que eu não faço exame assim do coração. Mas do diabetes eu tô sempre fazendo, a cada seis meses eu faço”* (Fausto, 66 anos, E2).

Quatro participantes afirmaram não encontrar dificuldades para realizar qualquer tipo de exame médico, como foi o caso de Mário: *“Uma vez que o médico considere que é necessário, eu encaro qualquer coisa. Não tem esse negócio de não gosto disso ou daquilo. Ora, eu gosto é de saúde”* (Mário, 72 anos, E1). Por outro lado, o exame para detecção do câncer de próstata via toque retal mostrou ser o exame mais temido entre os participantes, sendo citado como o exame mais difícil de ser realizado por sete deles. A análise das verbalizações acerca especificamente do toque retal, possibilitou estabelecer as metas descritas a seguir.

Meta 4: Favorecer a realização do exame do toque retal.

a. Participantes alvo: Berilo, Fausto.

b. Padrão de comportamento inicial: Esquiva do exame do toque retal.

- Descrição: Os idosos recusavam-se a efetivar o exame, em um dos casos nunca o realizou. Exemplo: *“Esse eu cortei”* (Fausto, 66, E1); *“(…) eu quero evitar. Eu tenho feito isso, evitar”* (Berilo, 75, E1).

c. Estágio inicial: Pré-contemplação, caracterizando-se pela rejeição da possibilidade de realizar o exame. Exemplo:

Não tô a fim de fazer não. (...) há uma série de coisas comigo, não sei. E como eu não sinto nada, graças a Deus, eu administro dessa maneira que eu já falei, exatamente para evitar que isso aconteça e não pretendo fazer. (Berilo, 75 anos, E1)

d. Crenças e reações emocionais associadas:

- Crença de que o exame PSA é suficiente para a análise diagnóstica. Exemplo: *“Quando eu faço o exame, o PSA, ele já tem uma direção... então, a médica não exige, ela diz que tem o exame de sangue que tá comprovando que tá tudo bem, então não vai haver o toque retal”* (Fausto, 66 anos, E1).

- Vergonha de expor o corpo diante do profissional. Exemplo: *“Exame de próstata eu tenho vergonha. Tenho vergonha de me expor”* (Berilo, 75 anos, E1).

e. Estratégias empregadas no grupo: Apresentação do toque retal como importante medida para detecção precoce do câncer de próstata, estimulando a procura pelo exame.

f. Padrão de comportamento final:

- Pré-contemplação no caso de Berilo e contemplação no caso de Fausto, com abertura para a realização do exame apenas no relato do segundo. Exemplos:

Ih mas todas as pessoas me orientam "tem que fazer, tem que fazer, deve fazer". Eu sou consciente disso. Mas eu nunca fiz e não quero fazer exame de próstata. Eu sou consciente, tenho certeza que já tive a orientação necessária, mas isso eu falo "não". Nessa parte eu sou arcaico. (Berilo, 75 anos, E3)

(...) se for necessário, a gente está a disposição, porque não pode deixar o que tem que fazer pra um outro dia, porque seria tardio. (Fausto, 66 anos, E2)

Berilo, apesar de continuar negando a possibilidade de submeter-se ao exame, destacou-o como um dos assuntos mais interessantes tratados no grupo. Ao ser questionado a respeito, relatou: *"Olha taí, essa questão do exame, essa discussão sobre esse exame que os homens não gostam de fazer e que tem que fazer isso, então tem que mudar"* (Berilo, 75 anos, E2).

Meta 5: Aumentar ou manter a frequência de submissão a exames diagnósticos da próstata.

a. Participantes alvo: Amadeu, Artur, Edgar, Eusébio, Franco, Gastão, Jânio, Mário, Oscar, Ozias e Sérgio.

b. Padrão de comportamento inicial: Realização dos exames PSA e toque retal.

- Descrição: Os idosos realizavam os principais exames preventivos do câncer de próstata, conforme indicação médica, ainda que considerassem aversivo o procedimento via toque retal. Exemplos: *"O exame do toque ele é chato pra caramba, mas não tem nada não, a gente faz quantas vezes for preciso"* (Oscar, 70 anos, E1); *"Não é agradável, mas se é pro bem da saúde não posso negar, se for preciso, se necessário for"* (Artur, 66 anos, E1). Em alguns casos, os idosos relataram resistência inicial ao exame. Exemplo: *"A princípio, nossa senhora, parecia um tabu, eu tinha medo"* (Eusébio, 63 anos, E1).

c. Estágio inicial: Ação/manutenção, com afirmação da realização dos exames nos dois últimos anos. Exemplo: *"Fiz diversas vezes. Fiz até biopsia já uma vez"* (Jânio, 71 anos, E1).

d. Respostas emocionais desagradáveis desencadeadas por ocasião do exame do toque retal, conforme o relato de quatro idosos. Exemplos: *"Esse é um exame muito complicado. (...) a gente se expõe pro médico fazer lá o toque e tal. Isso é muito complicado. É um exame que deixa a gente abatido, vergonhosamente. A coisa é complicadíssima"* (Gastão, 62 anos, E1); *"Porque é assim, como se diz, meio humilhado em relação a nós homens, assim meio humilhante"* (Franco, 78 anos, E1).

e. Estratégias empregadas no grupo: Reforçamento da busca por exames preventivos da próstata e revisão de crenças e mitos acerca da sua realização.

f. Padrão de comportamento final:

- Manutenção da realização periódica dos exames e aparente menor desconforto emocional na efetivação do toque retal. Exemplo: *"Eu era muito tímido, falar em mostrar meu corpo para um médico era a pior coisa que eu achava. Mas, ultimamente, de acordo com o que eu vejo, eu já fico mais a disposição"* (Franco, 78 anos, E2); *"A gente vai botando na cabeça"*

que é necessário, aí já passa a ser rotina. Eu mesmo já não tenho mais nem preocupação sabe. Tenho preocupação é em fazer tudo certo, de seis em seis meses, pra não alterar (Edgar, 69 anos, E3). A permanência de sinais mais evidentes de ansiedade diante da necessidade do toque retal foi observada apenas no relato de Gastão (62 anos, E2): “Agora eu tenho de fazer exame da próstata. Então, já tá chegando a hora de eu fazer, faço anualmente. Aquele exame que me deixa nervoso, né. Mas tem que fazer, né? Fazer o que? Fazer?”.

- Ozias, apesar de um discurso de valorização dos exames preventivos, evidenciou dificuldades para buscar acompanhamento mais contínuo em relação ao seu aumento da próstata. No entanto, na entrevista de seguimento, afirmou a intenção de buscar o exame em data relativamente próxima: “Faz tempo que eu não faço o toque. PSA foi o último que eu fiz. Eu sinto assim, os sintomas que eu sentia diminuíram então eu acho que tá... não tá normal, mas tá controlado. Eu vou voltar no médico em fevereiro” (Ozias, 73 anos, E3).

4.6.1.3 Adesão a tratamentos

Na avaliação do repertório de autocuidado dos participantes, uma das medidas utilizadas compreendeu a investigação dos esforços mantidos por eles quanto ao seguimento de seus planos de tratamento. A adesão ao tratamento envolve um conjunto de comportamentos necessários para manter doenças sob controle e, deste modo, preservar os níveis de saúde e impedir o avanço da doença com suas complicações (WHO, 2003). Nesse sentido, os participantes foram questionados acerca da frequência com que costumavam atender as prescrições e orientações, em geral, que recebiam dos profissionais de saúde.

Com exceção de Berilo, que julgou não poder responder à questão devido não realizar consultas em serviços de saúde, os demais avaliaram que seguiam as recomendações recebidas com alta ou moderada frequência. Nas avaliações da linha de base e pós-intervenção, um número igual de idosos, utilizando uma escala de quatro pontos que ia de nunca a frequentemente, relataram aderir aos seus tratamentos “frequentemente” ($n=6$) ou “às vezes” ($n=6$), sendo que nas avaliações de seguimento houve maior número de respostas indicando adesão frequente ($n=8$). Como pode ser observado na Tabela 22, seis idosos reafirmaram a avaliação da frequência de adesão, enquanto seis outros indicaram melhoramento neste aspecto.

Tabela 22. Mudanças na frequência de adesão ao tratamento conforme relato dos participantes

	Padrão de Resposta		<i>f</i>	Participantes
	Pré – Pós Intervenção			
Manteve	Frequentemente – Frequentemente		4	Mário, Oscar, Ozias, Edgar
	Às vezes – Às vezes		2	Amadeu, Fausto
Aumentou	Às vezes - Frequentemente		4	Artur, Eusébio, Jânio, Sérgio
Reduziu	Frequentemente - Às vezes		2	Franco, Gastão

Obs.: Berilo não respondeu a esta questão por não realizar acompanhamento médico.

De acordo com os níveis de adesão avaliados pela pesquisadora, com base nas entrevistas, foram estabelecidas as metas a seguir.

Meta 6: Aumentar os comportamentos de adesão aos tratamentos.

a. Participantes alvo: Amadeu, Eusébio, Gastão, Oscar.

b. Padrão de comportamento inicial: Dificuldades em seguir alguma parte do plano terapêutico.

- Descrição: Os idosos relataram esquecimentos quanto aos horários das medicações ou dificuldades no atendimento às orientações para seguir a dieta alimentar recomendada, seja em relação à quantidade ou aos tipos de alimentos ingeridos ou ainda ao estabelecimento de intervalos regulares entre as refeições. Exemplos:

A dificuldade é manter aquela alimentação que eles passam (...). É muito pouca comida, eu não faço... eu não sigo a dieta, eu como mais um pouquinho do que o médico passa. (Eusébio, 63 anos, E1)

Tomar remédio eu tomo, mas tem vez que eu esqueço de tomar até mesmo o remédio de pressão. (...) tem vez que eu tomo certo, mas nem sempre eu me lembro de tomar certo ou na hora correta. Eu não tenho conseguido isso 100%. São seis comprimidos por dia. São dois de manhã, um meio dia e três à noite. Aí às vezes esqueço um, bebo de outro. (Gastão, 62 anos, E1)

c. Estágio inicial: Pré-contemplação, com os idosos não reconhecendo necessidades ou possibilidades de mudança em seus padrões de adesão. Exemplo: *“Tá pior ficar sem comer açúcar do que parar de fumar ou de beber cachaça. Raramente eu deixo de comer, deu vontade, a lombriga apertou. É paixão aguda”* (Oscar, 70 anos, E1).

d. Crenças associadas:

- Crença de que a quantidade e tipos de alimentos recomendados pelos profissionais não eram condizentes com suas necessidades físicas. Exemplo:

Olha me tirou o pão, o café, o leite, o bolo, gordura nenhuma, arroz, mandioca, tudo ele [médico] tirou. Era pra mim comer queijo mussarela, comer maçã, uma papinha de arroz, um xuxuzinho. Eu falei “olha doutor, esse regrado eu não vou te garantir que eu vou fazer não. Senão eu vou morrer de fome”. Nem também de exagerar, mas uma coisa assim que eu como me sinto forte, me satisfaz. (...) eu tenho que me alimentar mais ou menos, porque se eu não me alimentar eu fico com falta, tremendo por causa da minha criação, que é serviço pesado, é comida pesada (Amadeu, 76 anos, E1).

- Crença de Amadeu de que só se deve comer em horário e quantidade conforme a necessidade percebida. Exemplo: *“O médico passou pra mim tomar o café sete horas, dez horas o lanchinho, almoçar meio dia, lanchar duas horas. (...) eu não dou conta. Acho que a gente só tem que comer quando tiver precisando”* (Amadeu, 76 anos, E1).

e. Estratégias empregadas no grupo: Sensibilização para a importância da compreensão e do seguimento das recomendações concernentes a seus planos de tratamento.

f. Padrão de comportamento final:

- Ação por parte de Eusébio e Oscar, que realizaram adequações em suas dietas para melhor atendimento ao tratamento da diabetes. Oscar inclusive buscou atendimento nutricional

algumas semanas após o início das sessões grupais e declarou diminuição no consumo de doces. Exemplos: *“Eu gosto de doce. Ih, muito (...). Posso comer, só que regadinho. Eu comia mesmo”* (Oscar, 70 anos, E2); *“Ela [nutricionista] disse que eu tava muito educadinho, continuo seguindo os métodos que ela passou”* (Oscar, 70 anos, E3); *“(...) faço a minha dieta. Aliás, suco com açúcar, refrigerante eu não tomo (...). Quando a glicemia abaixa muito, eu como um pedacinho de doce, porque tem época que ela abaixa”* (Eusébio, 63 anos, E3)

- Contemplação por parte de Gastão, que considerou espontaneamente estratégias para melhorar sua adesão à tomada dos remédios prescritos devido a esquecimentos constantes. Exemplo: *“(...) e cada vez que for usar, tem que botar o celular pra despertar. Meu celular mesmo se eu sair eu tô com ele”* (Gastão, 62 anos, E3).

- Pré-contemplação mantida por Amadeu em relação a sua conduta diante das restrições em sua dieta. Exemplo: *“Me deu a fome, me deu vontade de comer qualquer coisa eu como. Não assim de costume, pra todo dia, mas se deu vontade assim de comer qualquer coisa que eu me sinto bem eu como”* (Amadeu, 76 anos, E2).

Embora não tenha feito considerações em relação ao seu comportamento de adesão ao tratamento, Berilo atribuiu a rouquidão que apresentava há mais de 30 anos ao fato de não ter seguido as orientações para repouso após um procedimento médico em suas cordas vocais. Em suas palavras: *“Então essa rouquidão foi negligência minha. Me deu muita pena, porque eu gostava muito de cantar. O médico pediu que eu ficasse calado durante dez dias e eu fui trabalhar (...). Também nunca voltei nem na revisão, nem nada* (Berilo, 75 anos, E1).

Meta 7: Fortalecer os bons níveis de adesão aos tratamentos.

a. Participantes alvo: Artur, Edgar, Jânio, Mário, Ozias e Sérgio.

b. Padrão de comportamento inicial: Seguimento adequado do plano terapêutico.

- Descrição: Os idosos relatam seguir prontamente as prescrições e orientações recebidas dos profissionais de saúde, sem evidenciarem dificuldades para atendê-las. Exemplos: *“Sou obediente, se porventura tô com problema eu sigo a risca, se determinar uma dieta, alimentação, remédio, eu cumpro todas as regras”* (Artur, 66 anos, E1); *“Geralmente, o que eles manda fazer a gente gosta de fazer sempre em cima da linha”* (Edgar, 69 anos, E1).

c. Estágio inicial: Ação/manutenção, com valorização da adesão às prescrições. Exemplo: *“O cara determina uma coisa eu vou fazer”* (Jânio, 71 anos, E1).

d. Crenças e hábitos associados:

- Crença da maioria na adesão ao tratamento como fidelidade às prescrições. Exemplo: *“Sobre isso eu sou bem religioso, gosto de cumprir. Faço questão, rigorosamente. (...) o que o médico disser eu cumpro”* (Mário, 72 anos, E1).

- Uso de estratégias para recordação dos horários da medicação. Exemplo: *“Se eu tenho um remédio pra tomar, eu boto de manhã, de tarde, de noite e boto a caixinha de jeito que eu a veja”* (Jânio, 71 anos, E1).

e. Estratégias empregadas no grupo: Reforçamento aos esforços pessoais para aderir aos tratamentos.

f. Padrão de comportamento final:

- Manutenção dos níveis de adesão já evidenciados. Exemplo: “*Tenho seguido, tudo que eles falam, eu faço todo o possível pra seguir. Eu tomo todos os dias é uma base de 13 a 14 comprimidos. Tem dois que eu repito. É tanto que eu tenho até que anotar*” (Edgar, 69 anos, E3).

- Atribuição do bom controle do quadro clínico ao bom nível de adesão mantido. Exemplo: “*A minha pressão é normal, principalmente porque eu tomo o remédio*” (Edgar, 69 anos, E2).

Fausto, destoando do restante do grupo, mostrou-se mais crítico diante das recomendações recebidas dos profissionais de saúde, alegando seguir apenas aquelas com as quais concordava. Exemplo:

Eu sou muito de contestar... não é que eu seja de contestar tudo, mas eu não aceito o veredicto do médico sem... nem sempre o médico receita adequadamente. (...) então eu absolutamente eu não me apoio em tudo o que o médico diz. (...) porque o que ele disser as pessoas encuca na cabeça e acha que o médico é o senhor absoluto e eu não penso assim. Eu tenho minhas ponderações. (Fausto, 66 anos, E1)

Na entrevista seguinte ao término das intervenções, ele reafirmou este padrão de resposta, mas evidenciou a necessidade de realizar adequadamente seu tratamento.

4.6.2 Hábitos de vida saudáveis

Na avaliação das ações de autocuidado emitidas pelos integrantes do estudo, a adoção de hábitos favoráveis à saúde abarcou em especial a prática regular de exercícios físicos e a manutenção de padrão alimentar saudável, bem como a abstenção de hábitos nocivos à saúde, como fumar e beber em excesso. As sessões grupais em que estes assuntos tiveram uma abordagem mais direta, embora geral, foram: a saúde do homem (sessão 2), os significados de ter saúde (sessão 4), a importância da prevenção (sessão 7) e a relação entre crenças, comportamento e saúde (sessão 8).

4.6.2.1 Prática regular 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 mencionadas foram hidroginástica ($n=7$), natação ($n=1$), musculação ou exercícios com aparelhos ($n=2$), dança ($n=1$) e exercícios fisioterápicos ($n=1$).

Conforme revela a Tabela 23, seis idosos em todas as sondagens avaliaram-se, em escala de quatro pontos, como freqüentemente ativos e outros três revelaram um aumento de seus engajamentos em exercícios físicos nas avaliações posteriores as intervenções, indo de freqüência moderada para alta. Por outro lado, dois idosos, após aumento na realização dos

exercícios na segunda entrevista, indicaram decréscimo nesta prática na avaliação seguinte, justificadas por mudanças recentes em suas rotinas.

Tabela 23. Mudanças na frequência da realização de exercícios físicos conforme relato dos participantes

	Padrão		f	Participantes
	Pré – Pós Intervenção			
Manteve	Frequentemente – Frequentemente			Amadeu, Berilo, Edgar, Eusébio, Mário, Sérgio
	Às vezes – Às vezes		1	Fausto
Aumentou	Às vezes - Frequentemente		3	Artur, Jânio, Oscar
Oscilou	Raram. – Frequent. – Raram.		1	Gastão
	Às vezes – Raramente – Às vezes		1	Ozias
	Nunca – Raramente - Nunca		1	Franco

Os participantes, de acordo com avaliações prévias da pesquisadora, foram agrupados em duas categorias quanto às metas referentes à prática de exercícios físicos.

Meta 8: Aumentar a frequência semanal de exercícios físicos.

a. Participantes alvo: Artur, Fausto, Franco, Gastão, Jânio, Oscar, Ozias.

b. Padrão de comportamento inicial: Prática irregular e escassa de exercícios físicos.

- Descrição: Os idosos relataram realizar exercícios físicos em frequência menor do que três vezes na semana ou de modo irregular. Exemplos: “*Faço caminhada mais no final de semana e quando eu venho pra cá também*” (Fausto, 66 anos, E1); “*Difícilmente eu faço caminhada. No ano passado eu fiz aqui é... exercício na água... hidroginástica. Parou em novembro e até agora não fiz mais nada*” (Franco, 78 anos, E1).

c. Estágio inicial: Contemplação, sinalizada pela intenção de iniciar ou retomar padrões regulares de atividade física. Exemplo: “*O exercício que eu pratico é caminhar e aqui eu fazia musculação. Entrou esse ano novo e eu fiquei relaxado. Parei, mas vou continuar*” (Jânio, 71 anos, E1).

d. Estratégias empregadas no grupo: Valorização de um padrão de vida ativo como benéfico para a saúde e estímulo ao maior engajamento em algum tipo de exercício.

e. Padrão de comportamento final:

- Ação. Artur, Jânio e Oscar afirmaram a retomada ou aumento de atividades desejadas, como natação, hidroginástica e caminhadas. Exemplo: “*Caminhada eu faço umas três a quatro vezes na semana, e musculação faço umas duas vezes na semana. Ando a pé normalmente, não tenho carro*” (Jânio, 71 anos, E3); “*Tô fazendo com frequência, que eu tô fazendo natação, não é, e tô fazendo caminhada também*” (Artur, 66 anos, E3); “*Hidroginástica. Caminhada faço dia sim e dia não*” (Oscar, 70 anos, E3).

- Contemplação. Fausto demonstrou não ter realizado mudanças em seus níveis de exercícios físicos, embora tenha indicado ainda planejar fazê-lo. Exemplo: *“Eu não faço uma caminhada regular. (...) é só mesmo caminhar e olha lá. Duas vezes na semana. (...) falta fazer mais caminhada. (...) eu gostaria de acabar com a barriga”* (Fausto, 66 anos, E2).

- Ação, recaída, contemplação. Gastão, na segunda entrevista, evidenciou frequência e regularidades maiores em suas caminhadas, mas na última avaliação afirmou novamente decréscimo nesta atividade, ressentindo-se do fato e justificando-o pelo excesso de atividades exercidas no período. Exemplos:

Eu tenho caminhado, eu caminho sempre. No dia que eu venho pra cá de manhã eu caminho de tarde, no dia que eu venho de tarde eu caminho de manhã. Eu faço assim, vou caminhando e volto correndo. Tô conseguindo fazer o que eu não conseguia antes. (Gastão, 63 anos, E2)

Só tô caminhando no dia que dá. Só. Agora dentro de casa eu sempre faço, (...) faço um alongamento e tal, essas coisas. Pra sair assim o tempo não tem sobrado não. (...) porque só vivo aqui todo dia (...). Faço uma coisa, faço outra. (...) eu tenho pensado muito nisso, mas não tenho visto como melhorar. Se vai dar pra fazer eu não sei, mas eu gostaria de fazer. (Gastão, 62 anos, E3)

- Ação, recaída. Franco, após ter sinalizado a realização de caminhadas esporádicas, na entrevista de seguimento voltou a declarar a interrupção destas. Exemplos: *“Alguma coisa, às vezes eu ando. Ontem mesmo fiz uma caminhada. Mas isso é difícil, eu não tenho por obrigação diariamente não”* (Franco, 78 anos, E2); *“Ultimamente não. (...) esse ano eu não fiz quase nada”* (Franco, 78 anos, E3).

- Recaída, ação. Ozias, na segunda avaliação, relatou diminuição de suas caminhadas, o que, conforme seu relato, ocorreu em função de estar em período de recuperação de duas quedas que agravaram seu transtorno da articulação do joelho esquerdo. Na sondagem seguinte indicou ter retomado suas atividades. Exemplos:

(...) eu parei agora por causa desse problema que eu tive, antes eu tava fazendo todos os dias caminhada aqui no pátio. E agora por causa deste problema que eu tive na queda, eu realmente recuei um pouco. (...) já me sinto pronto, né, já restabeleceu, pretendo voltar a caminhar de novo agora. (Ozias, 73 anos, E2)

Tô caminhando. Agora é só caminhada, se a chuva deixa. Assim duas ou três vezes na semana. (Ozias, 73 anos, E3)

Meta 9: Fortalecer as práticas regulares de exercícios físicos.

a. Participantes alvo: Amadeu, Berilo, Edgar, Mário, Eusébio e Sérgio

b. Padrão de comportamento inicial: Ativos fisicamente.

- Descrição: Os idosos engajavam-se em exercícios físicos de modo regular, no mínimo quatro vezes por semana, em várias modalidades, predominando a caminhada. Exemplo: *“Eu faço caminhada quase todos os dias, inclusive domingo pela manhã. Eu só não faço terça e quinta porque tenho aula. Nos outros dias, faço caminhada e outros exercícios como dança”* (Berilo, 75 anos, E1); *“A única coisa que eu pratico é caminhada, todos os dias”* (Edgar, 69 anos, E1).

c. Estágio inicial: Ação/manutenção. Exemplo: *“Eu faço todo dia dois quilômetros de caminhada. Às vezes tá chovendo e eu aviso ‘vou caminhar’. ‘Chovendo?’ Eu digo: ‘a chuva não mata ninguém não’* (Sérgio, 63 anos, E1).

d. Crenças associadas:

- Crença na influência positiva do exercício sobre o estado de saúde. Exemplo:

Eu fiquei quieto uns três anos, sem fazer atividade física nenhuma, quando fui fazer o exame, aí deu pressão alta e o triglicérideo alto também. (...) aí ele [médico] falou "vou te dar um remédio", disse "só exercício físico". Aí não passou remédio e eu coloquei tudo em dia só no exercício físico, caminhada. (...) com seis meses que fiz o exame tava tudo ok (Sérgio, 63 anos, E1).

- Percepção do próprio vigor e condicionamento físico como elevados Exemplo: *“Eles [filhos] não andam comigo porque eles não me acompanham de jeito nenhum na caminhada. ‘Pai você anda muito rápido, ninguém pega o senhor não’. Um uma vez tentou, ficou só dois meses, não conseguiu”* (Sérgio, 63 anos, E1); *“Eu mantenho uma atividade física que eu acredito que poucas pessoas fazem igual. Eu faço caminhada, eu faço hidroginástica e levo uma vida ativa. Sem falar que eu subo e desço a escada não sei quantas vezes por dia”* (Mário, 72 anos, E1).

e. Estratégias empregadas no grupo: Reforçamento dos esforços pessoais em manter um nível alto e regular de atividades e exercícios físicos.

f. Padrão de comportamento final:

- Manutenção 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. Exemplos: *“Todos os dias de manhã eu vou caminhar. Fora as caminhadinhas intermediárias, pequenas. Mas a de manhã é uma boa caminhada, todos os dias. Além da hidroginástica”* (Berilo, 75 anos, E3); *“Eu faço caminhada e hidroginástica. Faço toda semana. A hidroginástica é duas vezes por semana. E as caminhada geralmente são todo dia, só não no dia domingo e feriado”* (Edgar, 69 anos, E2); *“Eu faço intercalado, o dia que eu tenho hidroginástica, eu não faço caminhada (...) agora acrescentaram uma academia lá (...), eu faço naqueles aparelhos que eu acho que tá mais ou menos condizente comigo”* (Mário, 72 anos, E3).

4.6.2.2 Alimentação saudável

Em relação à dieta, foi investigado o hábito dos participantes quanto ao consumo de alimentos tanto prejudiciais como favoráveis à saúde, considerando a quantidade e a frequência de ingestão destes alimentos. No primeiro grupo, foram incluídos açúcar, sal e gorduras saturadas e, no segundo grupo, foram considerados vegetais, frutas, verduras e cereais. Foi verificada a adequação percebida pelos idosos em relação a suas refeições e suas motivações para implementar algum tipo de mudança quanto aos alimentos usualmente ingeridos.

Apesar de algumas dificuldades específicas, os participantes, em sua maioria, avaliaram seguir uma dieta adequada. Quase todos eles julgaram que de modo freqüente ou às vezes se alimentavam de forma saudável, com pouca ingestão de alimentos prejudiciais e consumo de outros recomendados do ponto de vista nutricional. Como mostra a Tabela 24, os idosos que consideraram a própria alimentação como mais apropriada foram Fausto, Jânio e Ozias, ao passo que Oscar, Berilo e Edgar indicaram dificuldades para reduzir o uso de açúcar, gordura e/ou sal na alimentação e Artur, Berilo e Franco afirmaram baixo consumo de frutas e/ou vegetais. Após as intervenções, Eusébio, Mário, Oscar, Sérgio e Franco indicaram melhora no padrão alimentar em relação aos tipos de alimentos mencionados.

Tabela 24. Mudanças na freqüência do consumo de alimentos prejudiciais e saudáveis conforme avaliação dos participantes

		Padrão Pré – Pós Intervenção	f	Participantes
Evitar alimentos prejudiciais	Manteve	Freqüentemente – Freqüentemente	5	Amadeu, Artur, Fausto, Jânio, Ozias
		Às vezes – Às vezes	2	Edgar, Berilo
	Aumentou	Às vezes - Freqüentemente	4	Eusébio, Gastão, Mário, Sérgio
		Raramente - Às vezes	1	Oscar
	Reduziu	Freqüentemente - Às vezes	1	Franco
Consumir alimentos saudáveis	Manteve	Freqüentemente – Freqüentemente	9	Amadeu, Edgar, Eusébio, Fausto, Jânio, Mário, Oscar, Ozias, Sérgio
		Às vezes – Às vezes	2	Artur, Berilo
	Aumentou	Raramente - Às vezes	1	Franco
	Reduziu	Freqüentemente - Às vezes	1	Gastão

Para seis idosos, a mudança na alimentação, sobretudo quanto à redução do consumo de sal, açúcar e/ou gordura, foi motivada ou reforçada por necessidade de suas esposas, portadoras principalmente de diabetes ou hipertensão. Dessa forma, a necessidade do controle de certas patologias implicou em novos hábitos para toda a família. Eis alguns exemplos: “*Iniciei por causa da minha esposa, porque ela não pode. Então nós combinamos, ela faz o tempero dela e a gente segue, é pouco sal*” (Berilo, 75 anos, E1); “*Eu tomo adoçante porque minha esposa é diabética, então eu adquiri o hábito de tomar adoçante*” (Sérgio, 63 anos, E1).

Em relação ao consumo alimentar, observou-se dois padrões distintos, caracterizados por hábitos já consolidados de alimentação com controle de sal, açúcar e gordura e por dificuldades em resistir a ingestão de algum destes ingredientes ou para reduzir a quantidade diária de

calorias consumidas. Assim, as metas elaboradas pela pesquisadora foram direcionadas a melhora ou fortalecimento destes hábitos.

Meta 10: Diminuir o consumo de alimentos prejudiciais à saúde e adotar dieta saudável.

a. Participantes alvo: Berilo, Edgar, Eusébio, Franco, Gastão, Oscar.

b. Padrão de comportamento inicial: Dificuldade em restringir alguns alimentos da dieta.

- Descrição: Os idosos evidenciaram certas dificuldades na dieta quanto a evitar o consumo de alimentos prejudiciais à saúde, sobretudo dificuldades de autocontrole em relação a moderar ou evitar o consumo de doces e ao controle de sal na comida. Exemplo: *“Tenho uma coronária que tá... cinqüenta por cento entupidinha aí, deve ser a gordura de porco”* (Oscar, 70 anos, E1).

c. Estágio inicial: Contemplação. Os participantes evidenciaram intenção de melhorar a qualidade de seus hábitos alimentares. Mesmo admitindo sua dificuldade para controlar o consumo de sal, gordura e, principalmente, doces. Oscar, na primeira entrevista, reconheceu a necessidade de mudar sua alimentação e de perder peso, estimulado em grande parte pelo diagnóstico de diabetes. Exemplo: *“Vou tentar mudar, aliás, vou tentar não, eu tenho que mudar agora, porque eu fui descobrir que estou diabético. (...) eu tô com seis quilos acima do meu peso normal”* (Oscar, 70 anos, E1).

d. Estratégias empregadas no grupo: Ênfase na necessidade da adoção de um padrão alimentar saudável para a prevenção ou controle de agravos a saúde.

e. Padrão de comportamento final:

- Ação. Berilo adotou a estratégia de controle de estímulos, evitando a compra de doces. Exemplo: *“Eu sou louco por doce, então eu tenho que tá dominando (...). Eu gosto muito, mas eu administro porque propositalmente eu tenho deixado de comprar, mas se tiver em casa...”* (Berilo, 75 anos, E3).

- Ação. Oscar recorreu à ajuda de uma nutricionista, que o auxiliou no processo de reeducação alimentar. Exemplo:

Agora eu tô indo lá com a nutricionista. Eu vejo que muitas vezes achava que tava certo, fazendo tudo errado. A reeducação é um pouco difícil, mas eu tô tentando. Mudou muito. Por exemplo, o que me dava vontade eu comia, eu comia até saciar. Agora não. Agora eu vejo que tem que ter horário pras coisas. (Oscar, 70 anos, E2)

Como resultado, os efeitos positivos quanto a sua perda de peso já eram evidentes na ocasião. Exemplo: *“Tava com excesso de peso, mas já perdi um pouco a banha. Eu tenho que perder, parece que mais dois. Eu tô me sentindo leve e solto”* (Oscar, 70 anos, E2).

- Ação. Gastão colocou para si a meta de perder peso durante o período das intervenções e, embora sem auxílio profissional, conseguiu realizar algumas mudanças em sua alimentação e nível de atividades físicas, obtendo uma redução de aproximadamente cinco quilos em seu peso: *“Eu perdi peso (...). Eu tava ficando muito cansado, muito cansado. Até caminhar, eu ia caminhar e tal, ficava cansado”* (Gastão, 62 anos, E2); *“Eu diria que é um bom meio de poder*

ter um envelhecimento saudável, um bom princípio, né, perder peso” (Gastão, 62 anos, E2). Gastão, portador de hipertensão, também buscou a redução no consumo de sal. Exemplo: *“Lá em casa atualmente quem tem feito mais a comida sou eu, eu faço direitinho. (...) e é porque ela [esposa] também é hipertensa, mas ela não tá nem aí. Ela pesa a mão mesmo no sal”* (Gastão, 62 anos, E3).

- Ação, com algumas recaídas. Edgar, apesar das tentativas, evidenciou dificuldades em manter a moderação no consumo de gorduras. Exemplo: *“Gordura eu faço tudo para não comer, mas nessa viagem mesmo eu comi muito, passei mal. Geralmente, eu como pouco. A mulher já sabe como é”* (Edgar, 69 anos, E3). Em relação ao consumo de doces, ele mostrou maior seguimento. Exemplo: *“Gosto muito de doce, mas nem venho comendo. Só quando é assim um aniversário”* (Edgar, 69 anos, E2).

- Ação, recaída. Franco relatou inicialmente seus esforços para o alcance de uma alimentação mais saudável, o que foi posteriormente inibido devido a problemas pessoais que alteraram sua rotina com reflexos sobre sua alimentação, em termos não somente da qualidade, mas também dos horários das refeições. Exemplo: *“(...) tô me alimentando de maneira saudável, evitar excesso de gordura, evitar comidas muito chegada a sal. Ultimamente. Agora eu estou levando mais a sério”* (Franco, 78 anos, E2); *“É, no caso, o modo de viver, não ter lugar certo pra parar, pra almoçar, horário de alimentações é muito contrário (...). Fica nesse alto e baixo, descontrola a alimentação”* (Franco, 78 anos, E3).

Meta 11: Fortalecer hábitos alimentares saudáveis.

a. Participantes alvo: Artur, Fausto, Jânio, Mário, Ozias e Sérgio.

b. Padrão de comportamento inicial: Alimentação usualmente adequada.

- Descrição: Os idosos evidenciaram manter uma alimentação saudável, relatando consumo reduzido de sal, açúcar e gordura, bem como uso de frutas, vegetais, verduras e cereais com alta ou moderada frequência. Exemplos: *“Eu me policio quanto à comida, evito comer coisa gordurosa”* (Jânio, 71 anos, E1); *“Tomo mais é adoçante. Mas açúcar mesmo não”* (Ozias, 73 anos, E1); *“Olha, pouco sal. Inclusive as pessoas costumam comer ovos com sal. Eu como sem sal. Não ponho nada. É rotina”* (Sérgio, 63 anos, E1). Cinco participantes afirmaram também a abstenção ou diminuição do consumo de carnes vermelhas. Exemplos: *“A minha alimentação é natural, não como carne, sou mais pro lado vegetariano. Alguns derivados, no caso leite, ovos, a gente ainda utiliza”* (Fausto, 66 anos, E1); *“Não como carne vermelha. Deixei de comer carne vermelha, faz mais de ano. (...) Não como. Deixei mesmo”* (Jânio, 71 anos, E2).

c. Estágio inicial: Ação/manutenção, com evidência de padrões bem estabelecidos de alimentação saudável. Exemplo: *“Tudo que tiver carboidrato eu não misturo, arroz com macarrão. Eu como arroz ou eu como macarrão. (...) minha alimentação é muito natural, eu tomo cuidado com frituras, não utilizo praticamente”* (Fausto, 66 anos, E1). Três idosos

avaliaram a necessidade da dieta alimentar em consideração ao tratamento de suas patologias.

Exemplos:

No meu caso tem que ser é comida mais natural, esse pão integral, essas coisas ruim. Eu gosto de comer cuscuz com ovo, então tive que manear, comer só uma fatia. Por exemplo quando você gosta de uma fruta, de uma manga, você tem que comer só uma fatia, entendeu? Uva tem que ser poucas. Então isso tem que se tornar bastante limitado, você tem que, vamos dizer, limitar, tem que ter seguimento daquilo. (Artur, 66 anos, E1)
Aí eu levei a sério isso daí e comecei a fazer o que ele [médico] tinha me falado e com isso eu consegui baixar, por exemplo, o triglicérideo que era super alto, era 300, baixou pra cento e cinquenta e pouco. (Ozias, 73 anos, E1)

d. Estratégia empregada no grupo: Reforçamento de práticas condizentes com um padrão alimentar necessário a manutenção da saúde e ao controle de doenças.

e. Padrão de comportamento final:

- Manutenção. Verificou-se maior atenção ao consumo alimentar nos relatos pós-intervenção. Exemplo:

A gente às vezes gosta de um tipo de comida que tem que substituir. Uma coisa que eu gosto assim de manhã é ovos fritos, essas coisas tem que manear um pouco (...). Tô procurando ter o hábito mais de verduras. Deixei de jantar também, se eu janto, eu procuro jantar até sete horas. (...) Às vezes eu tomo um copo de leite e tal. (Artur, 66 anos, E2)

4.6.2.3 *Abstenção ou redução de uso de tabaco e/ou álcool*

Os relatos dos participantes acerca do uso de substâncias psicoativas, em específico tabaco e álcool, revelaram que, na atualidade, predominava entre eles consumo moderado de bebida alcoólica e abstenção do tabagismo. Quatro participantes – Edgar, Oscar, Ozias e Fausto – afirmaram que não consumiam, em nenhuma quantidade, qualquer tipo de bebida alcoólica, enquanto os demais relataram fazer usos ocasionais, dentro dos limites considerados recomendáveis, de bebidas como vinhos e cervejas. Em grande parte, o consumo da bebida era feito em situações festivas e comemorativas ou nos finais de semana. As verbalizações seguintes exemplificam a experiência de grande parte deles: “Bebo, mas esporadicamente, no mais absoluto controle. Às vezes num momento de confraternização eu tomo um copo de cerveja” (Mario, 72 anos, E3); “Bebo moderado, só final de semana, uma cervejinha” (Eusébio, 63 anos, E3).

Quatro participantes declararam que nunca haviam fumado e que sempre tinham evitado bebidas alcoólicas ou bebido de forma moderada. Nesta categoria, foram incluídos Edgar, Ozias, Sérgio e Mário. Relato ilustrativo de um destes quatro idosos é fornecido a seguir: “*Eu saia quando era rapazinho, mas não pra encher a cara com bebida. Eu nunca bebi, nunca fumei, entendeu? Nunca fumei. Então, pra ter uma velhice saudável é precaver no tempo de jovem para na velhice estar saudável*” (Sérgio, 63 anos, E2).

Outros oito idosos relataram que haviam mantido comportamentos aditivos no passado, com uso, muitas vezes abusivo, de cigarro e/ou bebidas alcoólicas, mas afirmaram que atualmente haviam parado de fumar e bebiam escassamente, apenas em ocasiões sociais.

(...) eu tinha o hábito de beber bebida alcoólica. Inclusive eu cheguei no ponto até de frequentar o AA. Eu tive no meu primeiro casamento separação por proveniência da bebida, etc. e tal. (...) eu tive a capacidade de deixar dois vícios, que era beber e fumar. Deixar de fumar foi o mais difícil que eu achei e eu deixei radicalmente, eu já cheguei a fumar cinco carteiras de cigarro no dia. Parei com o cigarro e com a bebida. (Artur, 66 anos, E1)

Ultimamente, de um ano pra cá mais ou menos é que eu venho me cuidando, vamos falar assim, mas antes não. Eu bebia, eu passava a noite às vezes sem dormir. E ultimamente eu parei com essas coisas. (...) posso dizer que eu era muito farrista, gostava muito da orgia, parei, não bebo tanto, não fumo. (Franco, 78 anos, E1)

Para alguns, que mantiveram o hábito de fumar por muitos anos, o abandono do cigarro só ocorreu após o surgimento ou agravamento de certos agravos à saúde.

Eu fumei 40 anos. Deixei já essa vida. (...) parei de fumar, você quer ver... foi no ano de 74. Rapaz, eu já tava de um jeito que eu ia andando assim e o mundo acabava pra mim. Uma vez um cigarro que eu fumei, eu quase morri. (...) Aí resolvi parar. Daquela vez pra cá nunca mais. (Amadeu, 76 anos, E2).

Fui fumante quase a minha vida. Parei de fumar em 2000, quando me deu o problema cardíaco. A primeira vez que fui no médico ele disse que a primeira coisa que eu tinha que fazer era parar de fumar. Aí imediatamente, a partir dali, eu já nunca mais coloquei um cigarro na boca. Quase que morri por isso. (Gastão, 62 anos, E3)

No período presente, estes participantes afirmaram o abandono dos vícios mantidos durante vários anos. Por exemplo: “*Deixei há muitos anos. Fumei, devo ter fumado uns quinze anos*” (Jânio, 71 anos, E2); “*Às vezes, eu tomo um pouco de cerveja ou um gole de vinho essas coisas, mas não como antes*” (Franco, 78 anos, E1).

Apenas Eusébio declarou ser ainda tabagista, sendo o único participante a ter uma meta estabelecida em relação a este item.

Meta 12: Reduzir ou extinguir o hábito de fumar.

a. Participante alvo: Eusébio.

b. Padrão de comportamento inicial: Fumante.

- Descrição: O idoso, embora tivesse afirmado beber de modo moderado, ainda mantinha constante o comportamento de fumar. Exemplo: “*Eu já parei de fumar várias vezes, não sei porquê ainda tô fumando*” (Eusébio, 63 anos, E1).

c. Estágio inicial: Contemplação. Eusébio revelou que contemplava a necessidade de deixar o cigarro e que já havia feito algumas tentativas nesse sentido. Exemplo: “*Apesar de eu tá tentando, mas fumo um cigarrinho de vez em quando*” (Eusébio, 63 anos, E1).

d. Estratégias empregadas no grupo: Destaque do tabagismo como nocivo à saúde e análise de contingências mantenedoras do hábito de fumar.

e. Padrão de comportamento final:

- Preparação. Eusébio relatou ações mais específicas para abandonar o tabaco e justificou a manutenção deste hábito pelo fato de permanecer muito tempo em casa sozinho, o que lhe acarretava a necessidade de distração e tornava mais difícil resistir a vontade de fumar.

Exemplos:

Sinto necessidade de parar de fumar. Às vezes tem dias que eu jogo o cigarro assim e falo "não vou fumar mais". Mas não tem jeito. Eu não sei se é porque eu fico mais sozinho durante o dia. (...) pra passar o tempo, a gente vai lá e acende um cigarro. Pra distrair. (Eusébio, 63 anos, E2)

Tô fumando. Venho tentando, venho diminuindo, mas tô pensando sempre em parar. (...) é difícil. Às vezes eu passo um dia, umas três horas, umas quatro horas tentando parar, mas ainda não consegui. (Eusébio, 63 anos, E3)

4.6.3 Habilidades psicossociais

O padrão de comportamento dos participantes quanto à busca de controle emocional e à apresentação de habilidades na interação com outras pessoas, sobretudo no que se refere à expressão e defesa das próprias necessidades e sentimentos, também foi alvo de avaliação e intervenção neste trabalho. Tais assuntos foram tratados de modo mais incisivo nas sessões psicoeducativas voltadas para as seguintes temáticas: o adoecer e o cuidar de si (sessão 3), as dimensões da saúde e dimensão social da saúde (sessão 5) e a importância das habilidades sociais e assertividade (sessão 6).

4.6.3.1. Regulação emocional

Três idosos relataram histórico de depressão, já superada, e oito se descreveram como nervosos em situações de estresse cotidiano ou de conflitos familiares, evidenciando, inicialmente, dificuldades no controle emocional. Edgar e Artur inclusive associaram efeitos do estado emocional sobre o agravamento de seus sintomas físicos. Em suas palavras: "*O problema da pressão é problema de ansiedade. Quando eu fico ansioso, assim qualquer coisa, eu noto que a pressão sobe*" (Edgar, 69 anos, E1); "*Ah, esse problema que eu falei (intestinal), eu tô achando que pode ser até um problema emocional*" (Artur, 66 anos, E3).

Os demais participantes não apontaram problemas neste aspecto, descrevendo-se como calmos e freqüentemente livres de estresse, como revelado nas falas de Sérgio e Jânio: "*Oh, tem umas coisas que eu não sinto, é esse negócio de amanhecer de mau humor. Estresse também não sei nem o que é. Eu vejo falar em estresse, mas não sei o que é esse negócio não*" (Sérgio, 63 anos, E1); "*Eu sou muito controlado, eu me controlo muito. Nunca estou no limite de explodir, dificilmente*" (Jânio, 71 anos, E1).

Com referência a este assunto, os participantes foram solicitados a avaliar, em escala de quatro pontos, suas capacidades atuais para alcançar controle emocional e seus comportamentos na busca de relaxamento. A Tabela 25 apresenta as mudanças obtidas nas suas respostas após as intervenções.

Três idosos se descreveram como mais sensíveis no momento atual de suas vidas atribuindo o fato a seus agravos à saúde ou ao próprio envelhecimento. Conforme seus depoimentos: "*Às vezes eu fico assim meio triste, aquele negócio assim, não sei se é no coração. Aliás, depois que eu fiz cirurgia de coração, parece que o coração ficou mais sentido não sabe? (...) antes eu não era assim não*" (Edgar, 69 anos, E1); "*Eu ando um pouco sensível. Coisas que eu não me importava muito quando eu via, muitos problemas... eu comecei a ficar*

muito sensível, eu não tinha toda essa sensibilidade não” (Oscar, 70 anos, E2); *“Ultimamente, tô sendo fraco, já fui mais forte, reagia as coisas com seriedade, com mais rancor, essas coisas, hoje eu tô mais maneirado, tô mas flexível. (...) às vezes me emociono*” (Franco, 78 anos, E3).

Tabela 25. Mudanças na frequência do controle emocional e no manejo do estresse conforme relato dos participantes

		Padrão		<i>f</i>	Participantes
		Pré – Pós Intervenção			
Controlar as emoções	Manteve	Frequentemente – Frequentemente		5	Amadeu, Jânio, Mário, Ozias, Sérgio
		Às vezes – Às vezes		3	Edgar, Fausto, Franco
	Aumentou	Às vezes - Frequentemente		3	Berilo, Eusébio, Oscar
		Raramente - Às vezes		1	Gastão
	Diminuiu	Às vezes – Raramente		1	Artur
Fazer coisas para relaxar	Manteve	Frequentemente – Frequentemente		3	Berilo, Fausto, Mário
	Aumentou	Às vezes - Frequentemente		3	Amadeu, Eusébio, Oscar
		Raramente - Às vezes		1	Franco
	Reduziu	Frequentemente - Às vezes		3	Ozias, Sérgio, Jânio
		Às vezes – Raramente		2	Artur, Edgar
	Oscilou	Às vezes – Raramente - Às vezes		1	Gastão

As principais fontes de estresse indicadas no relato dos participantes foram: ausência de trabalho ou atividade (*“não ter o que fazer”*), não cumprimento de compromissos e deveres e conflitos familiares. Diante destes estressores cotidianos, os idosos comunicaram utilizar várias estratégias pessoais como forma de obter relaxamento, sendo a principal delas a distração, que foi citada por quase todos eles, sobretudo a leitura, seguida por ouvir música, assistir televisão e cuidar da horta ou jardim. Houve ainda identificação de afastamento momentâneo do estressor, fala interna e distração social. A Tabela 26 apresenta definições e exemplos de verbalizações sobre estas formas de enfrentamento habituais.

Meta 13: Buscar maior autocontrole emocional.

a. Participantes alvo: Berilo, Edgar, Eusébio, Franco, Oscar, Gastão, Artur.

b. Padrão de comportamento inicial: Dificuldades para obter regulação emocional diante de estressores do cotidiano.

- Descrição: Os idosos relataram sentirem-se ansiosos ou nervosos em determinadas situações, com dificuldades para voltarem ao estado de equilíbrio anterior. Exemplo: *“Tem hora que dá nervosismo, em certas situações, aí eu fico nervoso”* (Eusébio, 63 anos, E1); *“Olha, isso velho eu acho que é raro aquele que não tem. De vez em quando na família e tal, no engarrafamento, às vezes isso acontece”* (Berilo, 75 anos, E1).

Tabela 26. Estratégias utilizadas pelos participantes diante de estressores do cotidiano e verbalizações ilustrativas

Categoria	f	Exemplo
Distração: os idosos desviavam a atenção do estressor para assuntos atraentes ou engajavam-se em atividades cognitivas ou motoras prazerosas.	12	“Ouvir música, cantar, toco violão” (Eusébio, 63, E1); “A leitura é o meu relaxamento” (Fausto, 66, E1); “Eu gosto muito de cuidar do jardim, é uma terapia para mim” (Ozias, 73, E1); “É dançar, eu vou dançar, porque eu acho que é impossível uma pessoa dançar contrariado, ali a alma da gente flutua” (Berilo, 75, E1).
Distração social: os idosos afirmaram que o envolvimento em interações sociais prazerosas contribuía para sentirem-se mais relaxados.	5	“Eu sou de conversar, contar história, tá no meio do movimento assim. Primeiro, mesmo que eu tivesse sentindo alguma coisa, eu me sinto que eu tô sadio, que eu tô alegre, tô contente, tô divertindo, qualquer coisa assim que você me fala eu aprumo naquilo ali” (Amadeu, 76, E1).
Afastamento do estressor: Os idosos procuravam ausentar-se fisicamente do contexto gerador de estresse, só retornando a ele quando se sentiam mais calmos.	3	“Quando não me sinto bem, pego o carro e saio sem destino. Até acalmar, aliviar, aí eu volto. Pego o carro, dirijo, vou pro centro, vou pro lago, vou pro clube. Só assim me sinto bem” (Sérgio, 63, E1).
Fala interna: O idoso, internamente, emitia frases para si na busca de manter o equilíbrio emocional.	1	“Eu tenho uma brincadeira comigo, eu aprendi até numa passagem da bíblia, quando eu estou irritado com alguma coisa eu converso comigo mesmo, eu falo ‘coração, coração, você pensa que vai me enganar, você não vai me enganar não’. Porque às vezes a gente é traído por uma situação em que a gente não tem o controle emocional, a gente extravasa, vai além do que deveria ser” (Fausto, 66, E1).

c. Estágio: Contemplação, com sinalização do desejo e crença na própria capacidade de alcançarem maior controle da ansiedade ou da raiva. Exemplo: “*Porque se eu tive a capacidade de deixar dois vícios, que era beber e fumar (...), então, eu acho que outras coisas posso também*” (Artur, 66 anos, E1).

d. Percepção associada:

- Quatro participantes ressaltaram a importância do equilíbrio emocional para o bem estar. Exemplo: “*Hoje eu sou capaz de diminuir o estresse, hoje eu penso que não é bom adoecer, não é bom estressar, prejudica muito a saúde, então eu evito pra que não venha me atingir um órgão, alguma coisa com aquele estresse*” (Franco, 78 anos, E1).

e. Estratégias empregadas no grupo: Análise das relações entre o estado emocional e o comportamento e discussão de possíveis estratégias na busca por melhor controle das próprias emoções.

f. Padrão de comportamento final:

- Ação. Quatro idosos se descreveram como menos ansiosos ou mais relaxados. O relato mais significativo neste sentido foi o de Eusébio. Exemplo:

Por exemplo, no trânsito não me importo mais se alguém me fecha. Sabe que eu aprendi isso depois que eu comecei a freqüentar as reuniões? Eu era nervoso no trânsito. Hoje eu tô calmo. Não me importo se eu vou chegar atrasado, não fico nervoso se outro motorista me atrapalha ou me xinga. Eu ficava nervoso. Acabou. 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. (Eusébio, 63 anos, E2)

- Ação. Cinco idosos acentuaram a estratégia de esquivar-se de discussões, evitando o desencadeamento ou prolongamento de conflitos com parentes ou amigos. Exemplos: *“Tem palavras que a gente evita até de falar pra evitar um estresse”* (Edgar, 69 anos, E2); *“Eu procuro ponderar o máximo possível. Quando eu vejo uma situação tão desagradável, às vezes eu poderia falar, dar uma resposta, eu me calo”* (Fausto, 66 anos, E2); *“Procuro relevar algumas coisas que me leve a estresse, falar mais, eu evito muita coisa. Também pra viver um pouco mais”* (Franco, 78 anos, E2); *“Ainda que eu não concorde com o que a pessoa tá fazendo ou falando, mas eu me calo, eu evito que aquela conversa progrida pra que eu não venha a ter aborrecimento”* (Berilo, 75 anos, E2).

Meta 14: Reduzir queixas e lamentações.

a. Participante alvo: Gastão.

b. Padrão de comportamento inicial: Comportamento de doente e de vítima.

- Descrição: O idoso destacou-se do restante dos integrantes do grupo por mostrar um padrão de comportamento baseado em grande parte em queixas e lamentações acerca das perdas recentes em sua vida, incluindo a perda da condição de sadio, da rotina e status de trabalhador formal e da condição financeira anteriormente mais favorável. Ele próprio, com as sinalizações do seu entorno social, parecia dar-se conta deste movimento. Exemplo: *“Ela [esposa] não gosta que eu às vezes reclamo, porque eu gosto... gosto não, mas as vezes eu reclamo muito da vida que a gente leva, porque a gente trabalhou tanto e não merece viver como a gente poderia merecer”* (Gastão, 62 anos, E1).

c. Estágio inicial: Pré-contemplação. Prevalência, em comparação aos seus pares, de uma visão mais pessimista frente a vida e uma tendência a imputar as suas dificuldades atuais a variáveis externas, sem implicar-se no processo quanto à busca de novas oportunidades. Demonstrou possuir um lócus de controle externo, atribuindo quase sempre suas dificuldades a problemas financeiros, a falta de tempo ou a terceiros. Exemplo: *“(...) as condições não nos oferece... e envelhecer bem pra nós seria ficar velho e viver, agora envelhecer cada vez mais acabrinhado, cada vez mais perdendo as forças, né, isso é a pior coisa”* (Gastão, 62 anos, E1); *“O que dificulta mais é exatamente a renda baixa, porque a minha medicação e a da minha esposa, tudo é comprado. Nós não pega remédio na rede pública, os remédios de lá não servem pra gente, é péssimo”* (Gastão, 62 anos, E1).

d. Crença associada de que a pessoa somente pode ser considerada útil se goza de perfeitas condições físicas e desempenha trabalhos socialmente reconhecidos. Exemplo: *“Fiz a*

cirurgia e tudo, vários pinos na coluna, fiquei inútil, sem poder mais trabalhar, pegar um peso, nem nada” (Gastão, 62 anos, E1).

e. Estratégias empregadas no grupo: Estímulo a adoção de formas alternativas de expressar suas emoções e dores, a aceitar e enfrentar suas novas condições de saúde e de vida e a ter iniciativa na busca de novas atividades.

f. Padrão de comportamento final:

- Contemplação. Reflexões acerca do padrão de comportamento queixoso, embora ainda mostrando-se em grande parte passivo diante das situações. Exemplo: *“Eu acho que é possível tentar esquecer um pouco as dificuldades e ficar menos nervoso, menos estressado, né. (...) a gente viver sem reclamar muito, ou seja, acostumar”* (Gastão, 62 anos, E2). Cogitação da possibilidade de realizar novos cursos, com um movimento de consideração de alternativas para modificar sua situação presente. Exemplo: *“Eu fiz uma inscrição aí numa escola do governo que dá cursos profissionalizantes, mas nunca me chamaram não”* (Gastão, 62 anos, E2); *“Agora eu tô querendo ver é se eu consigo é trabalhar, (...) arrumar um serviço que eu possa me adequar a ele. Se eu conseguisse fazer um curso de encarregado de limpeza, aí seria muito bom pra mim”* (Gastão, 62 anos, E2); *“Eu queria fazer um curso assim principalmente esse que eu fiz a inscrição lá. Porteiro eletrônico, né. Eu já sou eletricitista. Aí porteiro eletrônico já fica perto da minha área”* (Gastão, 62 anos, E3).

- Manutenção da recusa freqüente das alternativas que lhe eram sugeridas, sempre evidenciando a inadequação das suas oportunidades atuais. Exemplo: *“São sete medicamentos de uso contínuo, aí eu passei a deixar de comprar, não pude mais comprar”*. Entrevistadora: Tem o genérico, o preço é mais acessível. *“Não, não, o genérico não. Eu não gosto muito de remédio genérico. A composição dele é muito fraca. (...) eles tem genérico [no posto de saúde], mas é... não serve”* (Gastão, 66 anos, E2).

4.6.3.2 Habilidades sociais

Em termos de competências sociais foi investigada a existência, no repertório dos participantes, das seguintes habilidades: expressar sentimentos e necessidades, defender direitos e opiniões e buscar ajuda. Alguns participantes evidenciaram dificuldades no desempenho destas habilidades, principalmente quanto a expressar sentimentos e a recorrer à ajuda de outras pessoas quando necessário. Oito idosos declararam que apenas raramente expressavam o que estavam sentindo, mesmo para seus familiares, e nove afirmaram que raramente ($n=6$) ou nunca ($n=3$) recorriam deliberadamente à ajuda de terceiros, isto ocorrendo em geral apenas em casos de grande necessidade e como último recurso. A ação de defender direitos e opiniões foi afirmada como freqüente apenas por dois idosos (ver Tabela 27).

Com base nas verbalizações obtidas, as dificuldades que foram identificadas no campo das habilidades sociais corresponderam às metas descritas na seqüência.

Tabela 27. Mudanças na frequência de comportamentos assertivos conforme relato dos participantes

		Padrão		f	Participantes
		Pré – Pós Intervenção			
Expressar sentimentos, necessidades	Manteve	Freqüentemente – Freqüentemente		1	Amadeu
		Às vezes – Às vezes		1	Mário
		Raramente – Raramente		2	Gastão, Sérgio
	Aumentou	Às vezes - Freqüentemente		3	Eusébio, Ozias, Fausto
		Raramente – Freqüentemente		1	Edgar
		Raramente - Às vezes		3	Jânio, Oscar, Franco
	Oscilou	Raram. – Freqüent. – Raram.		1	Artur
		Freqüent. – Às vezes – Freqüent.		1	Berilo
	Defender direitos, opiniões	Manteve	Freqüentemente – Freqüentemente		2
Às vezes – Às vezes			1	Artur	
Raramente – Raramente			1	Mário	
Aumentou		Às vezes - Freqüentemente		3	Edgar, Oscar, Fausto
		Raramente – Freqüentemente		1	Ozias
		Raramente - Às vezes		3	Eusébio, Sérgio, Franco
Oscilou		Freqüent. – Às vezes – Freqüent.		1	Berilo
		Às vezes – Freqüent. - Às vezes		1	Gastão

Meta 15: Aumentar a emissão de comportamentos assertivos.

a. Participantes alvo: Artur, Edgar, Eusébio, Franco, Fausto, Jânio, Oscar, Ozias e Sérgio.

b. Padrão de comportamento inicial: Dificuldades para expressar sentimentos e necessidades, dizer “não” e/ou defender os próprios direitos.

- Descrição: Os idosos raramente ou nunca expunham seus sentimentos quando contrariados ou quando atravessavam alguma dificuldade, descrevendo-se como reservados, precavidos ou fechados. *Exemplos: “Tem algumas coisas relacionadas à família, que eu não tenho aquela coragem de falar, é tipo reclamar. Geralmente eu fico quietinho, não falo não”* (Edgar, 69 anos, E1); *“Eu prefiro perder alguma coisa do que entrar numa briga. Não é medo de apanhar, é medo de brigar”* (Eusébio, 63 anos, E1); *“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, E1). Estes idosos tinham ainda dificuldades para recusar pedidos ou convites não desejados e, em sua maioria, raramente buscavam os direitos que percebiam ter. Exemplo: *“Meus direitos ficam tudo em baixo, meus direitos são os últimos que eu sou capaz de procurar, viu? Eu deixo mais é correr e o vento leva”* (Franco, 78 anos, E1); *“Isso assim eu não sou... porque defender os direitos da gente tem que reclamar, correr atrás, entendeu”* (Eusébio, 63 anos, E1); *“O que eu acho mais difícil é a palavra ‘não’. Tenho muita dificuldade porque eu*

não sei negar. Eu tô com vários problemas e agora o que que eu faço? Eu sou avalista, meu nome vai pra lá, vai pra cá” (Artur, 66 anos, E1).

c. Estágio inicial: Pré-contemplação. Estes idosos, em geral, declararam não ter intenção de ampliar a exposição de suas necessidades e opiniões a outras pessoas do entorno, alegando vários motivos para isso, como evitar conflitos, não aborrecer parentes ou amigos com seus problemas e não ter expectativa em obter ajuda. Exemplos: “(...) *quanto mais eu gosto da pessoa, mais eu acho dificuldade de transmitir isso pra ela, pra não atingir a pessoa não sabe*” (Artur, 66 anos, E1); “(...) *eu vou alugar o ouvido ou o tempo de alguém pra contar aquilo que eu tô sentindo e que não vou ter êxito de resposta, então evito*” (Franco, 78 anos, E1).

d. Estratégias empregadas no grupo: Discussão e oferecimento de modelos sobre modo de agir assertivo e incentivo à prática da expressão e defesa dos próprios sentimentos, opiniões e direitos.

e. Padrão de comportamento final:

- Ação. Artur relatou algumas ações com evidências de comportamento mais assertivo. Exemplo: “*Eu já sofri muito assim por não debater, por não discordar das coisas erradas. Mas hoje eu sou mais seguro. (...) bebida, às vezes forçava a barra pra agradar uns e outros. Hoje não*” (Artur, 66 anos, E2); “*Eu tive muito problema assim por causa do não, do não dizer não, então eu já tive muito prejuízo, isso em avalizar as pessoas, depois não me pagarem (...). Eu tô me reservando mais sabe*” (Artur, 66 anos, E3). Ele relatou ainda um episódio recente em que recebera um telefonema de um irmão mais velho, solicitando-lhe providências quanto à resolução de um problema relativo a outro irmão que estava asilado. Na ocasião, ele foi franco em dizer que estava ocupado no momento e, diferente de vezes passadas, sugeriu ao irmão que também se mostrasse ativo em relação aos problemas da família.

- Ação. Sérgio, Oscar, Fausto e Eusébio também trouxeram nas entrevistas pós-intervenção, relatos de comportamentos mais assertivos em relação às primeiras entrevistas.

Porque às vezes a pessoa diz "oh, não pode comer isso, não pode comer aquilo". Mas aí daí a pouco ela cede. Então, mais um pouquinho só não faz mal. Aí é que mora o perigo. Não posso, tá determinado, não posso. "Ah, mas você desagradou lá na festa, porque você andou dando umas respostas". Não e não. As pessoas vão compreender. Não há que insistir. (Fausto, 66 anos, E2)

Tem aqueles dois tempos, né. É igual jogo de futebol, tem primeiro e segundo tempo. Eu fazia antes igual no primeiro tempo. Muitas vezes não dava certo, a pessoa falava "S. tá errado" e eu aceitava sua opinião. Eu era assim, sabe? (...) 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, vem com negócio... Digo "Não. Não é assim não." Aí dou a minha opinião. (Sérgio, 63 anos, E2)

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 um outro. (Oscar, 70 anos, E2)

Vale destacar ainda que, nas entrevistas seguintes ao término das intervenções, quatro idosos ressaltaram a importância do saber ouvir de forma empática e atenciosa e de considerar e respeitar as opiniões dos demais. Exemplo:

(...) outra coisa terrível numa discussão é a pessoa sempre achar que tem razão. Então, tá desconsiderando também a parte do outro. (...) então, tem que respeitar o ponto de vista das pessoas também, assim como gostaria que respeitasse o da gente (...). Tudo que acontece comigo eu conto pra minha esposa. Ela às vezes não ouve. Até eu quero te agradecer muito por uma parte do ouvir, você lembra que você passou? (...) Aquilo ali me ajudou tanto. Contribuiu muito. (Fausto, 66 anos, E2)

Meta 16: Aumentar habilidades para falar em público.

a. Participantes alvo: Edgar, Eusébio, Gastão e Oscar.

b. Padrão de comportamento inicial: Esquiva de emitir opiniões em público.

- Descrição: Os idosos relataram sentir ansiedade pronunciada quando necessitavam falar diante de várias pessoas. Exemplos: “(...) *se eu tiver que fazer um discurso, uma oratória, aí começa a descer aquele véu assim, que eu esqueço o que é que tem que falar. Pra mais pessoas, aí eu tenho dificuldade*” (Oscar, 70 anos, E1).

c. Estágio inicial: Contemplação. Estes participantes expressaram o desejo de melhorar suas formas de comunicação em público. Exemplo: “*A única coisa que eu sempre me esforcei e nunca alcancei até hoje é ter mais facilidade, por exemplo, de falar em público*” (Oscar, 70 anos, E1).

d. Estratégias empregadas no grupo: Incentivo e reforço às verbalizações dos idosos durante as sessões grupais.

e. Padrão de comportamento final:

- Ação. Os idosos incluídos nesta meta declararam que a participação nas sessões psicoeducativas os ajudaram a melhorar o desempenho em situações sociais que requerem a fala diante de várias pessoas. Exemplo:

Ajudou muito perder a timidez de falar pra mais pessoas. A senhora sabe eu tinha um trio sertanejo e as pessoas ficavam bobas de ver eu cantar. "Mas você não fala, como você..." Mas aquilo só Deus sabe, né. Eu falava pouquinho, só o outro que falava. Só na hora de cantar, que eu cantava. (...) mas, graças a Deus, vem desenvolvendo. Eu acho que se eu subir no palco agora eu vou falar que nem papagaio (Eusébio, 63 anos, E2).

Olha, é serviu pra mim desinibir um pouco, sabe? Eu sou muito inibido. Eu ficava pra lá, só ouvindo. Aqui eu falei até umas besteiras aí. (Oscar, 70 anos, E2)

(...) eu falei até pouco, depois foi que melhorou... quando a gente tava falando, né, aí o pessoal começou a falar também, era quase o mesmo assunto. Aliás, às vezes o assunto era em relação ao negócio do outro aqui e ficava tudo parecido. (Edgar, 68 anos, E2).

Gastão continuou afirmando sua timidez em ocasiões de maior exposição social, todavia foi emissor de várias manifestações verbais durante as sessões grupais. Exemplo: “*Eu sou de um jeito que eu não faço nem uma leitura na igreja. (...) leio bem, não leio mal não. Mas, eu me tremo todo, me dá calor. Andei falando algumas coisinhas aí, mas sou muito tímido pra falar*”

(Gastão, 62 anos, E2); “(...) aqui às vezes a gente conversa, né, e aquilo eu acho que a gente consegue desenvolver um pouco isso” (Gastão, 62 anos, E2).

Fausto, ainda que não tenha evidenciado inibição para expor-se diante dos demais, reconheceu, desde a primeira entrevista, sua dificuldade para elaborar sua fala de modo mais claro e objetivo.

Gostaria de aprimorar a expressão verbal. Porque a gente fala muita coisa e não diz nada. Você não conseguiu expressar aquilo que tá dentro de você. Às vezes minha mulher me corrige, ela diz "você fala demais, você fala pra mim e pra você". (Fausto, 66 anos, E1)

Suas verbalizações no grupo, inicialmente, caracterizaram-se por serem prolixas e com uso de muitas analogias, o que despertou incômodo em Jânio e fez com que este na segunda sessão comparasse Fausto a um “parafuso”, já que dava muitas voltas, sem direcionar de modo direto o assunto para o ponto abordado. Apesar das mediações da coordenadora do grupo, o episódio fez com que Fausto se mantivesse mais calado nas sessões seguintes, só voltando a ser mais participativo nos três últimos encontros, quando apresentou um padrão de resposta mais direto e preciso, tendo inclusive ficado encarregado de escolher e dirigir a mensagem de reflexão em uma das reuniões. Ele interpretou esta experiência como uma fonte de aprendizado: “Eu aprendi a ser mais humilde do que eu era (...), a humildade está na aceitação, (...) eu era um dos primeiros a falar e eu passei a ser um dos últimos” (Fausto, 66 anos, E2).

4.7 Avaliação da qualidade de vida antes e após as intervenções

Medidas de qualidade de vida de todos os participantes foram obtidas antes e depois das intervenções mediante a utilização de dois instrumentos elaborados pela OMS, o WHOQOL *old* e o WHOQOL *bref*. Os escores computados nos três diferentes momentos da coleta de dados foram comparados com vistas à verificação de possíveis efeitos da participação nas sessões psicoeducativas sobre os distintos domínios avaliados. Os escores de ambos os instrumentos variaram de 0 a 100, com os mais próximos de 100 indicando melhor qualidade de vida.

4.7.1 WHOQOL old

Os resultados do WHOQOL *old*, instrumento elaborado para a avaliação da qualidade de vida especificamente em idosos, mostraram que os participantes deste estudo revelaram uma avaliação predominantemente positiva de sua qualidade de vida. Como pode ser observado na Tabela 28, a maior parte deles (69,2%) alcançou escores globais superiores a 70,0 desde a primeira avaliação realizada. Após as intervenções, houve estabilidade nos escores obtidos, com uma tendência discreta para aumento. Onze participantes apresentaram escores mais elevados na segunda e/ou na terceira aplicação do instrumento, realizadas após o término das intervenções.

Analisando o grupo, em relação às médias dos escores das seis facetas do WHOQOL *old*, a Tabela 29 mostra que, nos momentos pós-intervenção, houve diferenças significativas, de acordo com o Teste *Friedman*, apenas para Participação Social ($p=0,014$), que inclui satisfação

com o modo de usar o tempo, com o nível de atividade e com oportunidades para participação na comunidade.

Tabela 28. Escores globais do WHOQOL *old*¹, na linha de base, momento pós-intervenção e no seguimento dos treze participantes

Participantes	Linha de base	Pós-intervenção	Seguimento
Amadeu, 76	79,17	75,00	Não avaliado
Artur, 66	81,67	82,50	78,33
Berilo, 75	77,50	84,17	76,67
Edgar, 69	69,17	71,67	74,17
Eusébio, 63	85,83	85,83	88,33
Franco, 78	65,83	53,33	65,00
Fausto, 66	63,33	69,17	Não avaliado
Gastão, 62	59,17	67,50	61,67
Jânio, 71	75,83	77,50	82,50
Mário, 72	91,67	97,50	91,67
Oscar, 70	75,00	80,00	80,00
Ozias, 73	77,50	70,83	73,33
Sérgio, 63	78,33	88,33	70,83

¹ Escores em escala de 0 a100

A faceta Autonomia encontrou um escore médio com significância limítrofe ($p=0,058$). As médias das demais facetas e do escore global não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, embora tenham ocorrido aumentos nos escores relativos a Habilidades Sensoriais, Passado Presente e Futuro e Morte e Morrer.

Tabela 29. Médias e desvios-padrão na linha de base, pós-intervenção e seguimento e valores do teste não paramétrico de *Friedman* das facetas e escores globais do WHOQOL *old*

Facetas e escore global	Linha de base/ DP	Pós intervenção/ DP	Seguimento/ DP ¹	Teste Friedman ¹	<i>p</i>
Funcionamento do sensorio	80,7 / 18,6	83,6 / 15,2	74,4 / 28,1	3,063	0,216
Autonomia	54,3 / 14,1	61,5 / 15,9	59,1 / 17,7	5,692	0,058*
Atividades pas., presentes e futuras	70,2 / 17,7	73,1 / 17,7	70,4 / 16,1	2,167	0,338
Participação social	67,3 / 14,7	69,2 / 20,8	78,4 / 8,1	8,600	0,014**
Morte e Morrer	68,7 / 20,2	68,3 / 22,0	69,3 / 27,3	0,813	0,666
Intimidade	74,0 / 15,3	73,1 / 18,5	72,7 / 16,1	2,294	0,818
Escore global	75,4 / 9,0	77,2 / 11,2	76,6 / 9,1	1,756	0,416

¹ N=11 pois dois participantes não fizeram avaliação no seguimento * $p < 0,06$ limítrofe ** $p < 0,05$

A análise mais particularizada dos escores de cada participante em cada uma das facetas do WHOQOL *old* é fornecida pela Tabela 1, disponibilizada no Apêndice 1.

4.7.2 WHOQOL *bref*

No *WHOQOL bref*, para avaliar o domínio global da qualidade de vida, são utilizadas duas perguntas: “como você avaliaria sua qualidade de vida?” e “quão satisfeito você está com a sua saúde?”. Em resposta a estas questões, os idosos indicaram percepções satisfatórias no panorama geral. As avaliações mais elevadas foram fornecidas pelos participantes Mário e Sérgio e os patamares mais baixos foram correspondentes a Edgar, Oscar e, sobretudo, Gastão.

Na Tabela 30, são apresentados os escores globais deste instrumento obtidos junto a cada um dos sujeitos.

Tabela 30. Escores globais do WHOQOL *bref*¹, na linha de base, momento pós-intervenção e no seguimento dos treze participantes

Participantes	Linha de base	Pós-intervenção	Seguimento
Amadeu, 76	75,0	75,0	Não avaliado
Artur, 66	75,0	87,5	62,5
Berilo, 75	75,0	87,5	100,0
Edgar, 69	62,5	75,0	75,0
Eusébio, 63	75,0	75,0	87,5
Franco, 78	100,0	75,0	37,5
Fausto, 66	75,0	75,0	Não avaliado
Gastão, 62	25,0	62,5	50,0
Jânio, 71	75,0	75,0	100,0
Mário, 72	100,0	100,0	100,0
Oscar, 70	62,5	75,0	75,0
Ozias, 73	75,0	75,0	75,0
Sérgio, 63	100,0	100,0	87,5

¹ Escores em escala de 0 a 100

Na Tabela 31, estão expostos os níveis de satisfação com a qualidade de vida nos quatro domínios do WHOQOL *bref* e no escore global, considerando as médias do grupo. Os níveis de satisfação mais elevados foram relativos aos domínios relações sociais e físico. Por outro lado, os escores mais baixos foram referentes ao domínio psicológico, que variaram de 51,9 a 53,8. Diferenças estatisticamente significativas não foram observadas entre os idosos em nenhum destes domínios por ocasião da comparação das médias obtidas na aplicação do questionário antes e após as intervenções psicoeducativas.

A Tabela 2, no Apêndice 2, apresenta os escores obtidos por todos os participantes em cada um dos domínios do WHOQOL *bref*.

Tabela 31. Médias e desvios-padrão na linha de base, pós-intervenção e seguimento e valores do teste não paramétrico de *Friedman* dos domínios e escores globais do WHOQOL *bref*

Domínios e escore global	Linha de base/DP	Pós intervenção/DP	Seguimento/DP ¹	Teste Friedman ¹	<i>p</i>
Físico	71,4 / 14,7	76,9 / 10,6	75,9 / 11,3	0,50	0,97
Psicológico	52,6 / 6,9	51,9 / 7,9	53,8 / 6,0	1,135	0,57
Relações sociais	66,7 / 14,8	73,1 / 13,7	73,5 / 15,3	2,389	0,30
Meio ambiente	63,2 / 16,8	66,3 / 9,3	65,9 / 11,9	1,366	0,50
Escore global	75,0 / 19,7	79,8 / 10,9	77,3 / 20,8	2,515	0,284

¹ N=11 pois dois participantes não fizeram avaliação no seguimento

4.8 Avaliação do processo grupal pelos participantes

Nas entrevistas de seguimento, os participantes foram solicitados a avaliar, em uma escala tipo *Likert* de cinco pontos, seus níveis de satisfação com as sessões psicoeducativas e com o próprio desempenho no grupo. Como mostra a Tabela 32, todos eles revelaram-se muito satisfeitos (nível cinco) ou satisfeitos (nível quatro) com suas experiências nos encontros e a maioria apontou ainda bons níveis de satisfação quanto a sua forma de participação.

Tabela 32. Níveis de satisfação dos participantes com as sessões psicoeducativas (N=13)

Escala de satisfação	Experiência no Grupo		Desempenho Pessoal	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Muito satisfeito	07	63,6	04	36,4
Satisfeito	04	36,4	04	36,4
Nem satisfeito, nem insatisfeito	00	0	02	18,1
Pouco satisfeito	00	0	01	9,1
Insatisfeito	00	0	00	0

Três dos idosos que se mostraram muito satisfeitos afirmaram ser tal apreciação compartilhada com outros colegas. Por exemplo: “*Mas foi muito satisfeito, que a gente tá sempre comentando. Ainda uns oito dias, eu mais o Mário távamos comentando isso e até criticando quem poderia... deveria ter participado e não participou. Foi muito bom* (Berilo, 75 anos, E3); “*Eu sempre encontro com alunos daqui e aí a gente conversa e tal, todo mundo achou excelente*” (Sérgio, 63 anos, E3).

Ozias (73 anos) declarou-se “quase plenamente satisfeito” com a experiência, tendo ressaltado que sua expectativa pessoal não foi totalmente correspondida já que alguns dos temas de seu interesse não foram abordados, como “o poder da mente” e “memória”.

Três idosos mostraram-se críticos em relação à própria contribuição nos encontros e apontaram aspectos nos quais poderiam, conforme julgaram, ter tido um desempenho melhor, relativos sobretudo à maior expressão de suas opiniões e experiências. Por exemplo: “*Gostaria de ter contribuído com mais palavras, mais idéias*” (Oscar, 70 anos, E3); “*(...) eu não fui o mais*

participativo, muitas vezes pra abrir assim com os companheiros, de se expor, eu fiquei mais preso, eu não me expus mais. Então, podia ter colaborado mais com o grupo” (Sérgio, 63 anos, E3).

A categorização decorrente dos motivos relatados pelos participantes para justificar seus altos níveis de satisfação com o grupo encontra-se exposta e exemplificada na Tabela 33.

Tabela 33. Categorias de motivos apresentados pelos participantes quanto aos ganhos proporcionados pelo grupo (N=13)

Categorias	f	Verbalizações Ilustrativas
Ganhos sociais		
Formar ou fortalecer amizades	11	“(…) foi uma amizade nova que eu fiz. Achei o grupo muito camarada, muito amigo” (Sérgio, 63, E2); “A gente termina aprendendo a unidade com o grupo, o conhecimento... pessoas que a gente não conhecia, a gente passa a conhecer” (Gastão, 62, E2)
Trocar experiências e conhecimentos	9	“(…) você expressa aquilo que você sente, você pode oferecer algo que você é útil para aquela pessoa e você pode também receptor de outro colega alguma coisa interessante pra você, é somar, é troca de conhecimentos” (Artur, 66, E2); “Agente tira um proveito porque você tira uma coisinha de um ali pra você, tira uma coisinha de outro ali, então somando isso com aquilo que agente já tem...” (Berilo, 75, E3)
Ganhos em habilidades pessoais		
Superar a timidez para falar em público	4	“(…) perder a timidez de falar pra mais pessoas” (Eusébio, 63, E2)
Aprender a conviver com as diferenças e aceitar as limitações das pessoas	2	“(…) agente aprende a viver com as diferenças” (Oscar, 70, E2); “Aceitar as limitações individuais de cada um” (Mário, 72, E2)
Aprender a ouvir	2	“Aprendi a ouvir as pessoas e a me ouvirem também” (Jânio, 71, E2); “Bom, eu agora tenho que ouvir mais” (Fausto, 66, E2)
Aprender a ser mais humilde	2	“Aprendi a ser mais humilde. Sempre fui humilde, mas aprendi a ser mais ainda” (Eusébio, 63, E2).
Aprender a ser mais assertivo	2	“Eu aprendi a não ficar somente de cabeça baixa, mas também levantar a cabeça, falar, né, e respeitar os colegas”. (Fausto, 66, E2)
Adquirir maior autocontrole	1	“Eu sou muito tolerante e, ao mesmo tempo, muito de repente. E eu aprendi a controlar mais” (Oscar, 70, E2)
Ganhos em conhecimentos		
Obter novas aprendizagens	9	“(…) a parte do curso, do tema do grupo, do que a senhora colocava” (Ozias, 73, E2); “Eu gostei muito das palestras, do ensino que a senhora passava, tudo aquilo, gostei muito. Aquilo ali foi mais um aprendizado pra mim” (Edgar, 69, E3); “Eu gostei, fiquei satisfeito, do que foi explicado, do que passou” (Franco, 78, E2)

4.8.1 Ganhos sociais

As avaliações positivas conferidas às sessões psicoeducativas foram motivadas, em grande parte, pelos ganhos percebidos em termos de relacionamentos. A oportunidade criada pelos encontros semanais para o conhecimento de novos colegas ou para o estreitamento dos laços de amizade com companheiros de outras atividades no CCI foi um aspecto ressaltado por quase todos os participantes, dentre eles Ozias.

Eu consegui conhecer mais gente lá, que às vezes a gente vê na sala e não sabe quem é, não sabe o nome. No grupo, você tem aquela convivência, aí a gente fica mais junto das pessoas, principalmente lá que tinha os crachás e tudo. Aí, quando terminou, eu pelo menos conhecia todo mundo (Ozias, 73 anos, E3).

Alguns idosos relataram a continuidade dos relacionamentos após o encerramento do grupo, como é perceptível nas falas a seguir: *“Ontem nós encontramos os três, eu, o Berilo e o Mário, (...) aí nós ficamos trocando idéia, são pessoas muito bacanas, eu tenho muita consideração com respeito a eles”* (Artur, 66 anos, E2); *“Tem uns amigos aí que tá fazendo informática, né, mando e-mail pra todo mundo lá”* (Ozias, 73 anos, E3); *“Alguns participantes continuaram ligados, ficaram mais abertos, contam piadas”* (Oscar, 70 anos, E3).

Vários participantes afirmaram que a dinâmica de funcionamento das sessões, com estímulo a autorrevelação e a troca de experiências, mostrou ser um diferencial no tipo de interação que comumente mantinham. De fato, a dinâmica dos encontros possibilitou aos participantes trocarem saberes e experiências de modo descontraído e espontâneo, o que foi destacado como um dos benefícios da participação no trabalho por nove deles, incluindo Franco (78): *“Eu gostei do encontro com o pessoal, de conversar, de ouvir o que eles estavam falando. (...) era um divertimento, porque tudo que você faz o outro ri (...), algum comentário do passado que eu ouvi, aqui ficava mais espontâneo”* (Franco, 78 anos, E2).

Por conseguinte, a oportunidade de ouvir e aprender com os outros, bem como de expressar seus próprios saberes e de oferecer apoio e ajuda despertou nos participantes a percepção do potencial de novas e diferentes trocas no grupo, como evidenciado na fala de Fausto (66 anos, E2).

O Mário e o Berilo também focavam alguma situação de experiência de vida, de experiência pessoal, me chamava a atenção quando estes dois senhores falavam (...). O pouco que eu pude conversar com o Ozias, também tive uma contribuição da parte dele. E ele dizia que era eu que ajudava ele. Dizia "não, é você que tá me ajudando", "então vamos dividir".

Berilo, Fausto e Mário apontaram inclusive a experiência de ouvir opiniões contrárias as suas próprias como um fator de crescimento. Artur, que já havia freqüentado reuniões dos Alcoólicos Anônimos, mostrou a satisfação obtida em poder expressar suas experiências e pontos de vista e ressentiu-se do fato de que nem todos os idosos apresentaram o mesmo nível de participação e iniciativa.

(...) inclusive uma vez eu falei "olha, eu gostaria de ouvir todos", porque parece que tem sempre uns que falam mais (...). No caso, eu expus assim o problema meu do álcool e

tudo perante o grupo, aí eu senti pessoas que me apoiaram, me elogiaram... porque tem pessoas que não enfrentam, tem um problema ali na família, não falam, fica preso... Não, eu acho que viver é somar... eu não prendo. (Artur, 66 anos, E2)

Não obstante, Oscar destacou mudanças percebidas na dinâmica do grupo ao longo das sessões, com a crescente desinibição e maior participação de seus integrantes: *“No início, estava assim todo mundo naquela de inibido e tal, aí foi desinibindo, o povo foi falando o que queria e o que não queria também”* (Oscar, 70 anos, E2).

Fausto pontuou ainda o envolvimento entre os membros do grupo como um elemento importante para os resultados obtidos: *“O relacionamento do grupo foi muito importante pra todos. (...) se não houver envolvimento, ninguém cresce”*. (Fausto, 66 anos, E2). Nesse sentido, Artur também destacou a busca por um estilo de vida mais favorável à saúde como um objetivo comum a todos: *“(...) encontrar pessoas novas de conhecimento, de encontro, mas que são pessoas que tem os mesmos objetivos, que tão procurando melhorar o modo de viver”* (Artur, 66 anos, E3).

O padrão de atenção e ajuda aos participantes, estimulado nos encontros, transferiu-se também, em alguns casos, para momentos externos às reuniões semanais, como demonstrado por Artur ao relatar um episódio em que Fausto o abordou a caminho da aula de informática para oferecer-lhe ajuda em relação a um agravo à saúde de sua esposa comunicado no grupo. Ozias trouxe outros relatos de interesse pelos colegas fora do contexto grupal. Ele se mostrou ativo no estímulo a Fausto para que este retomasse a participação nas atividades do grupo após um breve desentendimento com Jânio em um dos encontros.

Aí falei pra ele, até em tom de brincadeira, chamei de filósofo, poeta e tal. (...) depois ele ficou caladão, né. Aí um dia ele tava lá na aula... aí eu cheguei e falei pra ele "tamo sentindo a sua falta lá". E ele se empolgou com isso. (Ozias, 73 anos, E2)

O próprio Fausto abordou o ocorrido, manifestando suas percepções e sentimentos a respeito e relatando a resolução de suas dificuldades com Jânio por ocasião de uma atividade em dupla que realizaram juntos na sétima sessão.

Eu tava querendo afastar do grupo quando o Ozias me chamou, nós conversamos e aí eu retornei. (...) no fundo, no fundo, eu tava magoado. (...) nem Jesus agradou a todos, eu não ia ser o único que iria agradecer. (...) mas depois eu falei com ele [Jânio], foi tão bom, né. (...) Aquele lugarzinho que tava ali, tinha que ser eu e ele ali. Depois nós conversamos, fizemos amizade, falamos mais... eu perguntava pra ele "o que que você acha? qual é o seu ponto de vista?" (Fausto, 66 anos, E2)

Ozias também relatou uma abordagem a Gastão após este ter socializado no grupo que, em sua casa, não podia queixar-se de nada, nem mesmo das dores que sentia, pois era logo compreendido pela esposa e filha.

Ele disse que a família dele não deixava nem ele falar nada. Eu fiquei preocupado com aquilo sabe. Mas depois eu falei com ele "quero conversar com você depois". (...) parei e fiquei lá conversando com ele. Dei assim uma mexida nele né. (...) aí, não lembro mais. Mas eu sei que me parece, não sei se a senhora notou também, que no final inclusive, ele tava... os sinais de que tá melhor, de que tinha conseguido, que tava tudo bem. O peso dele, perdeu peso. (Ozias, 73 anos, E2)

Apenas Amadeu e Franco expressaram estranhamento quanto à dinâmica de funcionamento das sessões. Em suas palavras: “*Agora como a gente não tem esse costume de tá com esses trabalhos assim, agente fica assim meio sem saber o que tá fazendo, né*” (Amadeu, 76 anos, E2); “*Esse encontro de cada um expor o passado, de dizer o que sentia, o que a mulher fazia, que é privado de fazer certas coisas. Enfim, é novidade isso assim*” (Franco, 78 anos, E2).

4.8.2 Ganhos em habilidades pessoais

Conquistas em termos de aquisição ou aperfeiçoamento de habilidades interpessoais e qualidades individuais foram também apontadas por grande parte dos idosos como decorrentes da integração no grupo. Os principais ganhos apontados nesse sentido foram: aprender a conviver com as diferenças e aceitar as limitações das pessoas, aprender a ouvir, tornar-se mais assertivo, superar a timidez para falar em público, adquirir maior autocontrole e aprender a ser mais humilde.

4.8.3 Ganhos em conhecimentos

Além dos benefícios percebidos na interação com os pares, nove idosos destacaram ainda o conteúdo das sessões psicoeducativas como fonte de aprendizagem, incluindo os temas abordados e a forma de conduzi-los. Estes participantes, em geral, ressaltaram que os conteúdos tratados geraram reflexões e despertaram a motivação para o autocuidado, como ilustrado nas frases a seguir: “*Eu aprendi que a gente não deve se retrair, deixar de fazer o exame, porque ele é muito importante pra poder se tiver doente que descubra com antecedência para que facilite o tratamento, né*” (Gastão, 62 anos, E2); “*A gente acomoda, pensa que tá tudo bem, passa um ano sem ir ao médico, a gente acha que tá bom. A gente tem que ir mais periodicamente. Então, isso tudo eu consegui captar, que preciso cuidar mais*” (Eusébio, 63 anos, E2).

Por outro lado, quatro idosos sinalizaram que os conteúdos das sessões não representaram maior novidade em relação a seus conhecimentos prévios e às práticas de saúde já adotadas, indicando que se tratava mais de reforço e manutenção de saberes e ações do que de novas aprendizagens. De acordo com um destes relatos:

O que eu ouvi não foi nada que me pudesse ensinar, já era coisas que eu ouvia sempre, acompanhava, (...) eu sei que eu tenho que fazer isso, eu sei que tenho que evitar certas coisas, tá entendendo? Então, é como eu falo, eu aprendi pouca coisa, porque a minha idade já trás o conhecimento de muitas coisas. (Franco, 78 anos, E2)

Não obstante, os idosos manifestaram a intenção de dar seguimento as práticas saudáveis já iniciadas, destacando que os conhecimentos obtidos no grupo se somaram e fortaleceram seus conhecimentos e hábitos anteriores e poderiam ser ampliados: “*(...) apesar de que eu já venho fazendo, já tenho mais ou menos um conhecimento, mas vem somar mais coisa, vem me enriquecer mais meu conhecimento*” (Artur, 66 anos, E2); “*É procurar seguir os exercícios aqui colocados e... ampliar mais também, pesquisar*” (Ozias, 73 anos, E2).

Em consideração aos temas desenvolvidos nas sessões, os participantes foram solicitados a apontar aqueles que mais apreciaram e que melhor corresponderam as suas expectativas. Cinco deles preferiram não selecionar apenas um ou dois temas e avaliaram todos, de modo geral, como satisfatórios. Dentre os assuntos tidos como mais marcantes, as citações foram relativas a temáticas amplas com pouca especificação do conteúdo de interesse. Prevaleram citações a assuntos tratados dentro da temática saúde do homem (exemplo: exame do toque retal) e da saúde em geral (exemplo: medidas de prevenção). Houve ainda duas referências ao tema das habilidades sociais. Frases ilustrativas são apresentadas a seguir: *“Olha, dos que eu tive, eu gostei de todos, agora o que eu gostei mais foi no princípio do grupo, que foi sobre a saúde do homem”* (Oscar, 70 anos, E2); *“Ah, eu gostei de todos os temas, mas mais foi sobre a saúde, como conviver com as pessoas também, gostei muito”* (Eusébio, 63 anos, E2); *“Eu gostei do que a senhora contou, ensinou, mostrou como princípios de uma doença, eu gostei daquilo ali, sobre a prevenção, essas coisas”* (Franco, 78 anos, E2).

As estratégias pedagógicas adotadas na abordagem aos diferentes temas, como utilização de vídeos e dinâmicas, também foram avaliadas diretamente por alguns participantes como medidas positivas e enriquecedoras dos encontros. Por exemplo: *“Sobre a comparação da árvore, achei interessante, árvore com o envelhecimento”* (Artur, 66 anos, E2); *“Aquele filmizinho, aquele vídeo [sobre exame do toque] achei muito interessante. (...) você sabe que aquilo é uma ficção, mas é uma coisa que acontece. Achei importante isso daí”* (Ozias, 73 anos, E2); *“(...) foi até numa projeção que teve... que mostrou pessoas que relatou dificuldade de prevenção. Então, aquilo realmente é uma forma própria do indivíduo, que a gente tomando conhecimento, pra quem tem bom senso, qualquer um deve procurar ser diferente”* (Mário, 72 anos, E2).

Poucos foram os pontos negativos sinalizados pelos participantes em referência a experiência nas atividades grupais e quase todos disseram respeito às dificuldades percebidas em alguns colegas para emitir suas opiniões de modo claro e sucinto. Por exemplo: *“(...) tinha pessoas que tem dificuldade, que leva um tempão pra falar às vezes uma coisa que podia ser resumida em duas palavras, mas afinal, cada pessoa é uma pessoa”* (Mário, 72 anos, E3).

Artur, por outro lado, evidenciou o desejo de que houvesse maior participação dos colegas nas discussões. Em suas palavras: *“Eu acho que eu gostaria que cada um falasse, se abrisse mais um pouco, falasse sobre a vida, desse um testemunho, porque eu não sei porque que eu gosto de história”* (Artur, 66 anos, E2).

De um modo geral, os participantes destacaram a importância de conferir atenção à saúde do homem, evidenciando a necessidade de maior participação por parte destes em atividades de orientação e estímulo aos cuidados com a saúde.

Os participantes, em quase sua totalidade, sugeriram o seguimento dos encontros ou demonstraram interesse em permanecer no grupo em caso de sua continuidade. Por exemplo:

“*Me senti sempre bem, me deu prazer de estar, se continuasse eu iria tranquilamente participar*” (Artur, 66 anos, E2); “*Eu acho que, se tiver como, valeria a pena agente dar continuidade, no sentido exatamente como foi naquela ocasião, a intenção foi esta, despertando nas pessoas evoluir mais no seu conhecimento, valorizando a vida, né*” (Mário, 72 anos, E3).

Questionados a respeito do que levariam do grupo, dez idosos declararam a intenção de colocar em prática as aprendizagens obtidas, seja no sentido de fortalecer práticas preventivas já iniciadas, seja de introduzir outras ou mesmo de estendê-las, enquanto orientação e estímulo, a outras pessoas do próprio convívio.

To querendo botar em prática, pra aumentar mais o que eu já fazia, então foi muito importante as reuniões aqui. (...) porque a gente tá seguindo pra uma meta que sempre é a mesma, envelhecendo mais, então quanto mais a gente procurar assim se relacionar com as outras pessoas e procurar fazer o que foi aprendido do que a gente viu aqui isso é muito bom. (Edgar, 69 anos, E2)

Agora eu tô pensando só em ajudar os outros e cuidar dos outros. “Não acontece comigo não”, eu tinha isso na minha cabeça. Mas agora eu tô consciente que precisa de muito carinho, porque todos nós estamos sujeitos. (Oscar, 70 anos, E2)

Em síntese, os participantes destacaram o indivíduo 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 a saúde e manter elevados os níveis de qualidade de vida.

É como eu falei pro grupo. O interesse depende da gente, né. Ninguém nasceu doente, não nasceu com isso, né, a gente vai adquirindo no decorrer da vida e também muitas vezes por culpa nossa mesmo (...). Quem tiver essa mente de poder controlar, dá pra levar. (Ozias, 73 anos, E2)

Eu acho que nós somos médicos do nosso próprio organismo (...), então você tem que procurar pro seu organismo aquilo que é bom, como fazer os exercícios, dormir na hora, alimentar, procurar uma alimentação mais rica e procurar ficar bem. (Artur, 66 anos, E2)

4.8.4 Avaliações durante o processo

Como medida de avaliação do processo grupal, durante quatro das nove sessões realizadas, os idosos também foram solicitados a contemplar, por escrito e sem identificação, os pontos positivos e negativos do encontro correspondente, bem como a dar suas sugestões para melhoria dos encontros seguintes. Abaixo são apresentadas algumas das frases recolhidas nestas ocasiões:

- Pontos positivos: “pensar e expressar o que está sentindo”, “ouvir os colegas e orientação da professora”, “ter alguém interessado em passar coisas boas para a terceira idade”, “não ter havido atrito no grupo”, “foi ótimo, principalmente a leitura do texto”, “gostei de falar sobre doenças e um amigo teve opinião igual a minha”.

- Frases gerais de satisfação e estímulo: “estou gostando muito das palestras”, “adorei, tomara que continue”, “a palestra hoje foi boa, excelente”, “valeu muito a pena”, “que bom eu está assistindo esta palestra, bom demais!”, “muito bom, ouvi tudo o que eu precisava ouvir”.

- Pontos negativos: “nem 1/3 quis falar”, “um programa igual a este não foi realizado antes”, “durar tão pouco tempo”, “que o tempo acabou”, “não poder continuar”, “ficar calado, ouvir e não poder expressar em uma reunião o que pensa”.

- Sugestões: “continuar as palestras”, “eu gostaria que na próxima palestra falasse mais de coisas dessa natureza”, “formarmos um grupo permanente, onde se possa expor múltiplas idéias”, “gostaria de ouvir a opinião de todos”, “se tivéssemos os telefones de todos os colegas para que pudéssemos nos comunicar”.

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO

Neste capítulo, os resultados descritos na seção anterior são retomados e analisados à luz de estudos anteriores e com base nos modelos teóricos adotados. Além disso, os aspectos metodológicos do trabalho são abordados, tendo em vista suas limitações e considerações para pesquisas futuras direcionadas a sistematização e avaliação de propostas interventivas com adultos idosos. Para facilitar a organização e compreensão dos vários aspectos abordados, optou-se por dividir o capítulo em subseções.

5.1 Perfil dos participantes

O levantamento do perfil dos idosos que integraram a pesquisa revelou aspectos sociodemográficos, clínicos e de estilo de vida comuns entre eles, como o fato de serem todos casados por longo período de tempo, aposentados sem outro tipo de ocupação formal, portadores de patologias crônicas, funcionalmente capazes e com frequência elevada de atividades cotidianas. Estes dados retratam, atualmente, a realidade de uma parcela significativa das pessoas da faixa de idade abarcada, embora o fato de permanecer com um companheiro seja mais comumente verificado em idosos do sexo masculino. A proporção de viuvez é maior entre as mulheres e predomina entre elas o morar só. Os arranjos de moradia indicam que há mais homens idosos vivendo com o cônjuge e outros familiares (Anderson, 1998; Romero, 2002). Por outro lado, os participantes mostraram heterogeneidade quanto ao poder aquisitivo, ao nível de escolaridade e à vinculação a planos de assistência médica. Além disso, constatou-se seguimento a diferentes credos religiosos.

Vale destacar o alto patamar de engajamento diário em atividades físicas, instrumentais e intelectuais, demarcado em grande parte pela participação nos cursos e demais atividades promovidas pelo CCI. Os idosos, como um todo, apesar de algumas limitações físicas, evidenciaram bons níveis de independência e de autonomia, com buscas diárias por serviços e resolução direta de problemas. O hábito da leitura era cultivado por nove deles, o que foi aproveitado, neste trabalho, para estimular a leitura de médios ou pequenos textos durante as sessões grupais ou no intervalo entre elas. É interessante notar que, no CCI, a atividade com maior participação dos idosos era o curso de informática, que constituía uma oportunidade para eles se familiarizarem com as novas tecnologias e, assim, estarem melhor preparados para lidar com as exigências do mundo atual.

Os próprios participantes defenderam a importância dos idosos manterem um estilo de vida saudável e ativo e, em grande parte, lamentaram-se por outros homens que não mostravam interesse em usufruir de novas oportunidades sociais. Santos e Dias (2008), na investigação das percepções de homens entre 61 e 80 anos acerca dos papéis vivenciados por eles ao longo do

ciclo de vida familiar, verificaram que os seis participantes provenientes de uma universidade aberta à terceira idade mostraram-se ativos, dinâmicos, possuidores de projetos ao passo que outros seis idosos não engajados em projetos para idosos revelaram-se entediados, ociosos e com mais queixas somáticas. Enquanto os primeiros estavam inseridos em contexto incentivador de informações e de trocas de experiências, os segundos viviam mais restritos ao ambiente doméstico.

Não obstante a boa inserção social, entre os idosos do presente trabalho preponderou o grande envolvimento em tarefas domésticas, em auxílio às suas esposas. A saída do trabalho formal trouxe-lhes o imperativo de estar por mais tempo no ambiente familiar, o que culminou com o envolvimento direto e freqüente em diferentes tipos de serviços domésticos. O espaço doméstico é considerado socialmente como próprio do sexo feminino, todavia o envelhecimento e o advento da aposentadoria parecem contribuir para a revisão de papéis sociais tradicionalmente atribuídos a cada um dos sexos. Assim, na velhice, as desigualdades na adoção de papéis sociais podem se tornar menos acentuadas entre homens e mulheres, acarretando maior proximidade na divisão de tarefas e na atribuição de poder. Fernandes (2009) pondera que o homem aposentado, ao encerrar sua participação pública pelo trabalho, retorna à área privada e tem como uma de suas tarefas refazer sua identidade de gênero. Nesse âmbito, a convivência entre os sexos apresenta maior possibilidade de um relacionamento com base cooperativa e um redimensionamento dos papéis masculino e feminino, colaborando para reduzir a hierarquia entre os sexos. No entanto, as mulheres idosas ainda realizam as atividades ocupacionais com maior freqüência do que os homens, cabendo-lhes em maior proporção às atividades de âmbito social e instrumental como tarefas domésticas, trabalhos voluntários, além de cuidados e auxílios aos netos e outros parentes (Ribeiro, Neri, Cupertino & Yassuda, 2009).

A despeito do bom envolvimento em tarefas e serviços, os idosos revelaram baixa participação em grupos sociais. Mesmo a família estendida era pouco acessada por eles. Suas formas de lazer raramente incluíam programações culturais ou recreativas. Isso possivelmente reflete aprendizagens de suas histórias pregressas, associadas a influências da geração em foco. Este dado é congruente com resultados do estudo de Ribeiro e cols. (2009), no qual a amostra de idosos estudada revelou maior engajamento em atividades instrumentais de vida diária (trabalhos domésticos, jardinagem, compras e pagamentos) e menor engajamento em atividades sociais, como trabalhos voluntários e entretenimentos culturais.

Ao contrário do que foi constatado nos depoimentos dos homens participantes do estudo de Figueiredo e cols. (2007), na presente pesquisa a aposentadoria não representou a troca da produtividade pela inatividade. Ademais, a nova condição física e social dos idosos não foi determinante de muitas perdas e restrições. Dois participantes apenas – Amadeu e Gastão – evidenciaram maiores dificuldades para lidar com a falta da rotina formal de trabalho e com a perda do status funcional e do prestígio social decorrentes da aposentadoria. Embora muitas

pessoas almejem a aposentadoria, quando esta chega nem todos se mostram preparados para lidar com o novo espaço de tempo possibilitado por ela, nem com os novos tipos de relações que tendem a ocorrer dentro e fora do meio familiar. Assim, ao não se ter mais o trabalho como fonte de aspirações pessoais e de relações sociais, é necessário que o idoso encontre outras formas de ocupação do tempo e de engajamento social como modo de depositar suas expectativas e de estabelecer novas redes de relações. Amadeu e Gastão estavam nesta busca, mas ainda insatisfeitos com os resultados alcançados.

O descontentamento de Gastão com a sua condição de aposentado, em comparação aos demais participantes, mostrou estar relacionada a dificuldades de natureza psicológica e a conflitos familiares. Em um estudo prospectivo que acompanhou uma coorte de homens da adolescência até aos 75 anos de idade para determinar variáveis de risco psicossocial e satisfação com a aposentadoria, Vaillant, DiRago e Mukamal (2006) verificaram que, ao invés de renda ou ausência de doenças físicas, o fator mais relevante para a percepção de uma aposentadoria feliz foi a evidência de saúde mental positiva, o que incluía prazer conjugal, baixos níveis de neuroticismo, capacidade de divertir-se, satisfação anterior no trabalho e saúde mental global.

Os participantes, com exceção de Franco e Gastão, demonstraram possuir redes sociais efetivas, sendo a principal delas a própria família, que preservava sua unidade. De um modo geral, observou-se entre eles grande apoio familiar e evidências de satisfação com a quantidade e tipos de suporte recebidos. É importante que os idosos possam participar das redes sociais de forma ativa, recebendo e fornecendo apoio social, de modo a encontrar fatores de proteção a saúde e terem preservados seus sentimentos de pertencimento a grupos compostos por pessoas significativas para eles.

Em consonância com o estudo de Drummond e Smith (2006), os relatos dos idosos indicaram as esposas como cuidadoras principais, sendo os cuidados fornecidos por elas considerados como fundamentais para a própria saúde, o que evidenciou valores patriarcais e fragilidades em caso de viuvez. No entanto, houve também indícios de que os participantes mostravam-se ativos em relação ao apoio fornecido a diferentes membros de suas famílias, como acompanhar as esposas ao médico, colaborar nos cuidados a netos e incentivar hábitos alimentares saudáveis. Contrariando algumas suposições no campo da saúde do homem, houve casos em que as esposas foram referidas como menos atentas a saúde do que eles próprios.

Em relação ao perfil de morbidade dos participantes, observou-se que as doenças de maior incidência entre eles foram hipertensão arterial, diabetes e doenças do coração, que estão entre as enfermidades mais comumente diagnosticadas entre homens acima de 50 anos de idade (Issa & cols., 2006; Laurenti & cols., 2005) e se constituem agravos a saúde não transmissíveis, relacionados a hábitos de vida e, como tal, passíveis de prevenção, de identificação precoce e de controle clínico. A presença de doenças crônicas tem sido verificada como de maior prevalência

entre as mulheres, mas também entre os homens a probabilidade de conviver com uma ou mais doenças desta natureza aumenta com o avançar da idade (Aquino, Menezes & Amoedo, 1992; Pinheiro, Viacava, Travassos & Brito, 2002). Houve vários casos de comorbidade, mostrando que, na velhice, é comum uma condição crônica associar-se ao desenvolvimento de outras e ocasionar aos profissionais de saúde o desafio de avaliar e tratar múltiplos problemas (Ferrucci, Giallauria & Guralnik, 2008).

Este é um dado preocupante na atenção à saúde da população idosa, considerando que as doenças crônicas aumentam os riscos para incapacidade funcional, dependência e diminuição da qualidade de vida (Bryant, Altpeter & Whitelaw, 2006). No entanto, os participantes evidenciaram, em geral, bom controle de seus quadros clínicos, com preservação de suas funções físicas e papéis sociais, o que foi indicativo de boa adesão aos seus planos de tratamento. Isto levava inclusive a que muitos deles não se sentissem doentes, ainda que cientes das disfunções que acometiam seus organismos. Para Veras (2009), o idoso que mantém sua capacidade funcional, ou seja, que tem preservadas suas habilidades físicas e mentais para uma vida independente e autônoma, deve ser considerado um indivíduo saudável, ainda que seja acometido por doenças crônicas.

Distúrbios na próstata constituíram problemas atuais ou do histórico médico de seis participantes, o que reforça a necessidade de se abordar sua prevenção e tratamento entre homens idosos, de modo a estimulá-los a se submeterem aos exames diagnósticos e a melhor prepará-los para lidar com os efeitos decorrentes da doença e de seu tratamento.

Vários idosos apresentaram problemas sensoriais que, embora não restringissem suas atividades, constituíam limitadores de suas interações. O aspecto demarcado mostra que estes problemas são usuais entre maiores de 60 anos e devem ser considerados no planejamento de grupos psicoeducativos mediante, por exemplo, a utilização de materiais gráficos com letras impressas em fontes maiores e a comunicação em tom e ritmo de voz acessível.

Poucas barreiras foram apontadas pelos participantes como empecilhos aos cuidados com a saúde, sendo as principais dentre estas a lentidão ou ineficiências dos serviços prestados na rede pública de saúde e os recursos econômicos escassos, que constituem limitadores externos e de menor controle pelo próprio indivíduo. A falta de tempo foi pouca referida pelos idosos como obstáculo para maior atenção à saúde, ao contrário do verificado em estudos que incluíram homens de outras faixas de idade (Gomes & cols., 2007; Loeb, 2003). Decorre daí a rica oportunidade de se aproveitar o tempo livre possibilitado pela aposentadoria para incentivar maior dedicação ao autocuidado entre os idosos, bem como a disseminação de informações entre membros das novas gerações em seu entorno social.

Em suma, uma visão geral dos participantes deste estudo permite descrevê-los como pessoas que vivenciavam a velhice com bons níveis de saúde e capacidade funcional apesar do acometimento por doenças crônicas. Suas rotinas eram permeadas por várias formas de

ocupação do tempo livre após a aposentadoria, tanto no ambiente doméstico como fora dele. Eram provenientes de contextos familiares apoiadores e afetivos e enfrentavam poucas barreiras em relação ao autocuidado.

Ainda que a velhice seja uma fase caracterizada em parte por várias perdas, como pode se constatar na fala dos próprios depoentes deste estudo, os idosos evidenciaram suas conquistas e demonstraram estar vivendo a velhice com autonomia e independência. As perdas decorrentes do envelhecimento e da aposentadoria pareceram ser compensadas pela conquista de novas alternativas de ocupação do tempo e de crescimento pessoal.

Nesse sentido, é preciso reconhecer os idosos deste trabalho como distintos da média da população brasileira idosa e, portanto, menos carentes de intervenções direcionadas ao melhoramento da saúde e da capacidade funcional. Este 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. Uma hipótese levantada para a não adesão de Amadeu ao grupo foi justamente seu nível menor de escolaridade, considerando que este participante, embora alfabetizado, mostrou maiores dificuldades na leitura e na escrita, o que pareceu intimidá-lo na sessão em que esteve presente ainda que tenha contado com auxílio para a execução das atividades propostas. A decisão por manter os dados de Amadeu junto aos dos demais participantes decorreu da riqueza de suas verbalizações e por estas constituírem fontes de análise para tipos específicos de intervenção.

Há que se considerar, por outro lado, que as maiores possibilidades de desenvolvimento de trabalhos voltados para a promoção da saúde entre idosos ocorrem em contextos institucionais como o desta pesquisa, dado a necessidade de estrutura física e recursos humanos para o desenvolvimento das atividades. Assim, seria interessante pensar em estratégias de captação de idosos na comunidade, sobretudo homens, levando-os a tomar conhecimento da existência deste tipo de projeto social e a reconhecerem os benefícios potenciais da própria participação. Presume-se, todavia, que para levá-los a buscar e a se manterem nas atividades seria importante entender melhor os mecanismos motivacionais subjacentes as atividades grupais e as barreiras ambientais e psicológicas a este movimento de integração em ações da comunidade. Esta poderia ser uma temática para estudos futuros.

5.2 Saúde autoavaliada e concepções de envelhecimento saudável

Apesar da grande incidência de doenças crônicas, os relatos obtidos tornaram nítida a predominância da autopercepção positiva do estado de saúde entre os participantes, com um maior número deles avaliando sua saúde como “boa”. Eles reconheceram limitações na saúde pessoal, associando-as a declínios físicos e/ou cognitivos e ao surgimento de enfermidades, mas

também destacaram capacidades e habilidades surgidas ou aperfeiçoadas no momento de vida atual. Todos eles avaliaram-se como tão ou mais sadios do que seus pares e alguns se perceberam inclusive como detentores de saúde igual ou melhor do que quando mais jovens.

Ribeiro e cols. (2009) encontraram resultados similares em uma amostra constituída de 155 idosos entrevistados pelo Estudo PENSA (Estudo dos Processos de Envelhecimento Saudável) na comunidade de Juiz de Fora/MG, constatando uma maior concentração de avaliações subjetivas da saúde como “boa”, seguidas por números menores de julgamentos da saúde pessoal como “muito boa” ou “razoável”. Em outro estudo realizado apenas com homens na faixa de idade entre 55 e 91 anos, Loeb (2003) averiguou que a maioria dos entrevistados avaliou ter uma boa saúde e que 40,7% consideraram seu estilo de vida como freqüentemente saudável.

Vários fatores influenciam a autopercepção do estado de saúde na velhice. A partir de um estudo conduzido com 2135 idosos na cidade de São Paulo, Alves e Rodrigues (2005) levantaram quatro grupos de determinantes: o demográfico, compreendendo a idade, o sexo, o arranjo familiar e o estado conjugal; o socioeconômico, incluindo a educação e a renda; as doenças crônicas; e a capacidade funcional. Supõe-se, na presente pesquisa, que a autoavaliação da saúde pessoal esteve relacionada a uma gama de fatores clínicos e sociais, como o controle da sintomatologia de doenças, a preservação da capacidade funcional, a manutenção de hábitos de vida saudáveis, o suporte familiar e as oportunidades de participação social e de novas aprendizagens acadêmicas.

Julgou-se relevante no âmbito deste trabalho obter a avaliação subjetiva de saúde junto aos participantes, na medida em que esta tem sido freqüentemente apontada como uma medida válida para predizer resultados futuros de saúde entre pessoas idosas, sendo reconhecida como um preditor importante de mortalidade e de declínio funcional (Lee, 2000). Além disso, a avaliação feita pela pessoa acerca das suas condições de saúde pode refletir seu autoconhecimento de problemas físicos e psicológicos e evidenciar sua satisfação com a própria saúde, tornando-a apta a comunicar ao profissional da saúde seus sintomas e dificuldades, possibilitando a busca de melhores níveis de qualidade de vida.

Vários estudos têm constatado que a percepção da saúde é influenciada por gênero e idade, com os idosos e as mulheres em geral avaliando o estado de saúde pessoal de modo mais negativo (Lee, 2000; Pinheiro & cols., 2002). Objetivando caracterizar a saúde percebida em grupos compostos por critérios de gênero, idade e nível de atividade física, De Vitta, Neri e Padovani (2006) constataram que embora a saúde percebida tenha sido inferior entre os participantes idosos (60 a 70 anos) em comparação ao grupo mais jovem (20 a 35 anos), houve melhor autopercepção da saúde entre os idosos do sexo masculino, especialmente entre aqueles não sedentários, coincidindo neste aspecto com os dados da presente pesquisa.

Tanto nas entrevistas para levantamento da linha de base como nas entrevistas seguintes ao término das intervenções, os idosos demonstraram que para eles o ter saúde estava vinculado não somente a ausência de sintomas de doenças ou a manutenção de boas condições físicas, mas também a maneira de viver e de vislumbrar a vida. Destaca-se, neste último aspecto, a capacidade de implementar ações em prol do próprio bem estar, abarcando a emissão de comportamentos preventivos, a manutenção de atitudes positivas diante da vida, a busca do controle emocional e o convívio social.

Além disso, em consideração aos determinantes do envelhecimento saudável, eles fizeram referências diretas a diferentes comportamentos promotores de saúde e afirmaram praticar ações tidas como favorecedoras do alcance de uma boa saúde na velhice. As intervenções psicoeducativas parecem ter contribuído para fortalecer esta compreensão da saúde como uma realidade ampla e integradora, o que se mostra de grande relevância em trabalhos grupais, dada a possibilidade de se contribuir para a desconstrução de uma imagem passiva da velhice como centrada em perdas inevitáveis.

De modo semelhante a estes resultados, os idosos participantes de seis grupos focais conduzidos por Miller e Iris (2002) também descreveram o estar saudável como um conceito multidimensional. Estas constatações sugerem que, atualmente, a saúde, fora do âmbito acadêmico, vem cada vez mais sendo tomada em várias perspectivas e concebida como uma integração de múltiplos fatores, não se restringido a ausência de doença ou incapacidades. Muitos idosos, como os envolvidos nestas pesquisas, têm revelado uma visão ampla e apropriada dos cuidados necessários para a preservação da saúde e têm adotado uma postura ativa quanto à possibilidade de atuarem diretamente na manutenção ou melhoria da sua condição de saúde, o que é contrário ao conformismo evidenciado em idosos que atribuem seus agravos à saúde ao processo de envelhecimento e pouco fazem no sentido de manejá-los.

A compreensão dos componentes do envelhecimento saudável na perspectiva dos próprios sujeitos mostra-se necessária para a definição de metas pessoais considerando o que eles próprios julgam ainda ser necessário praticar para o alcance de uma velhice saudável. Conforme advogam Miller e Iris (2002), o desenvolvimento de programas de promoção de saúde para idosos devem levar em consideração os significados, valores e metas da perspectiva deles próprios.

5.3 Efeitos da intervenção psicoeducativa

Em uma perspectiva geral em relação ao autocuidado, os participantes, no momento pré-intervenção, revelaram encontrar-se, predominantemente nos estágios do modelo transteórico relativos a pré-contemplação e a manutenção, evoluindo quase sempre, no primeiro caso, para evidências de intenção de mudança. Estes dados apontam na mesma direção do estudo de Nigg e cols. (1999), os quais verificaram que entre idosos o principal estágio a ser alvo de

intervenções é a pré-contemplação. Para os dez comportamentos de autocuidado avaliados pelos autores na amostra estudada, foi verificado que a pré-contemplação apresentou o mais alto ou o segundo percentual entre os cinco estágios do modelo testado, revelando que grande parte da população idosa não reconhece a necessidade de mudar seus comportamentos não saudáveis ou que negam e mostram-se resistentes à mudança. O outro estágio melhor representado neste grupo de idade foi relativo à manutenção, com vários indivíduos mostrando-se engajados em comportamentos saudáveis por um longo período de tempo. Assim, eles concluem, dando base para o atual trabalho, que as intervenções direcionadas a idosos devem ser planejadas de acordo com as necessidades físicas e psicológicas relacionadas ao estágio de mudança em questão.

A seguir serão discutidos brevemente os resultados principais encontrados em cada um dos eixos temáticos abordados nos resultados.

5.3.1 Busca por assistência à saúde

Observou-se o engajamento diário dos participantes em diversos tipos de atividades de autocuidado que são, em geral, apontadas como pouco frequentes entre representantes do sexo masculino, o que pode ter sido relativizado por se tratar de idosos. Destaca-se aí a alta frequência a consultas médicas e a realização de exames preventivos de modo regular. Avaliações da próstata, sobretudo o exame do toque retal, apesar de terem sido referidas por muitos deles como geradoras de vergonha e ansiedade eram realizadas com relativa periodicidade. Essas descobertas apóiam o estudo de Loeb (2003) que verificou uma média de quatro participações de 135 homens idosos em exames de saúde durante o último ano, havendo maior adesão a teste para aferir pressão arterial, exames físicos e teste específico da próstata.

Segundo Ribeiro (2005), com base nos dados da PNAD relativos ao ano de 1998, entre os usuários de consultas durante o ano, o número médio utilizado pela população masculina foi de 3,4 e 3,8 consultas respectivamente para os homens sem plano e com plano de saúde. As maiores diferenças, por sexo, foram constatadas na população sem plano de saúde, na qual a taxa feminina de utilização de consultas foi 36% maior que a masculina. Os idosos do presente estudo revelaram uma média mensal de consultas superior a média anual encontrada nestas outras pesquisas, com acréscimo do valor no período pós-intervenção.

Enquanto medida de prevenção primária, a frequência alta às campanhas de imunizações foi outro dado revelador do engajamento dos idosos nos cuidados com a saúde, o que esteve em sintonia com a literatura recente na área (Couto & cols., 2010; Geronutti, Molina & Lima, 2008; Redondo-Sendino, Guallar-Castillón, Banegas & Rodríguez-Artalejo, 2006). Houve ainda declarações de utilização dos serviços de cuidados primários à saúde, que embora apontada como menos usual em homens em relação às mulheres, tende a aumentar entre os idosos (Couto & cols., 2010).

Poucos idosos, em especial Berilo, mostraram dificuldades em realizar maior número de consultas médicas e exames de rotina, sendo este problema observado com maior evidência

entre participantes mais velhos. Partiu-se, portanto, no estudo, enquanto repertório de base, de boa frequência às consultas e à submissão a exames médicos. Como indicado pela literatura, os participantes que possuíam convênios médicos foram aqueles que, conforme o relato fornecido, faziam usos mais constantes dos serviços de saúde privados. Também foi verificado que os homens que buscavam mais os serviços de saúde tinham enfermidades com riscos maiores de complicações, confirmando que o uso dos serviços de saúde se associa em parte à gravidade percebida em seus quadros clínicos, bem como ao valor atribuído a assistências recebidas a partir de resultados anteriores (Pavão & Coeli, 2008).

Os dados gerados mostraram que as intervenções ajudaram a ampliar ou fortalecer a conscientização quanto à importância da busca e utilização regular de diversos serviços de saúde. No caso de Berilo, participante com maior barreira pessoal para efetivação das consultas e exames, entende-se, a partir de seus depoimentos, que as intervenções propiciaram a revisão da crença de que as consultas levam a descoberta de doenças e que hábitos saudáveis por si só asseguram a prevenção de doenças, favorecendo a intenção comportamental de buscar consultas médicas. No entanto, este idoso continuou recusando a idéia da realização de exames para diagnóstico de problemas na próstata. Um motivo que pode ter contribuído para a manutenção de sua esquivia condiz com o fato dele apresentar baixa suscetibilidade percebida a doenças e a avaliar-se como sadio. Como expresso por ele: *“Eu olho pra mim e é como se eu não tivesse necessidade”* (Berilo, 75 anos, E2).

A decisão de se realizar um exame preventivo ou diagnóstico é mais provável se a pessoa apresenta um estado de prontidão psicológica que dependerá do quanto ela se sente susceptível a contrair a condição em questão e da percepção que ela tem da gravidade das conseqüências desta condição para a sua saúde. Depende ainda da ausência de barreiras psicológicas para a tomada de ação (Pavão & Coeli, 2008).

A recusa de Berilo em ir ao médico e em realizar exames não estava atrelada a falta de informações ou de estímulos para tal, como ele mesmo reconheceu. Tampouco seu receio pareceu ser de interação com o médico, já que se julgava capaz de manter interações adequadas com este profissional e realizava tipos específicos de consultas. Seu medo e vergonha pareceram ligados principalmente a possível solicitação de exames preventivos, em especial o exame do toque. Desse modo, o tipo de intervenção realizada não se revelou suficiente para dotá-lo de estratégias apropriadas ao enfrentamento de uma situação que era para ele, a longo tempo, geradora de ansiedade. O grupo reforçou os benefícios destas práticas preventivas, em detrimento de seus custos, e forneceu a ele modelos de lidar com a situação, entretanto maior avanço em seu processo de mudança mostrou carecer neste aspecto de atenção em nível mais particularizado mediante intervenções individuais ou em grupo terapêutico.

Amadeu e Franco, nas avaliações pós-intervenção, embora tenham continuado evidenciando a crença de que a busca de auxílio médico deve ser contingente a apresentação de

sintomas específicos, passaram, no segundo momento, a relatar reconhecimento maior quanto à necessidade de cuidados com a saúde e de realizar exames preventivos. Fausto, embora também apresentasse o padrão de retardo na busca de serviços médicos pareceu fazê-lo mais em função de suas crenças de que nem sempre a avaliação médica é adequada ou necessária, confiando em grande parte na sua adoção de uma alimentação saudável. Ele não evidenciou apresentar respostas emocionais nestas situações, como medo ou vergonha.

Os demais idosos, após participarem das intervenções, reafirmaram suas crenças na importância das medidas preventivas, de acompanhamento e controle de seus agravos à saúde. Alguns deles, durante as sessões e nas entrevistas seguintes, mostraram satisfação em saber que estavam “no caminho certo” e em verificar que outros companheiros apresentavam problemas e esforços parecidos aos seus.

Em relação à adesão aos tratamentos, a maioria dos participantes avaliou que seguia adequadamente e até rigorosamente as prescrições recebidas dos profissionais da saúde. Houve indícios da compreensão da adesão como fidelidade, mas muitos se declararam participativos nas consultas médicas, indicando buscar a compreensão do tratamento e não somente o mero seguimento de instruções. Predominou após as intervenções avaliações da manutenção de bons níveis de adesão ou ao seu aumento.

As metas neste tópico foram referentes a aumentar a adesão às orientações para modificações ou restrições na dieta ou, em menor frequência, ao uso dos medicamentos prescritos. Em termos de uso da medicação, os participantes reforçaram referências a estratégias pessoais para lembrar dos horários e quantidades de medicamentos a serem consumidos, sendo este um fato particularmente novo para Gastão. Apenas Amadeu, com participação escassa nas sessões, continuou afirmando dificuldades em cumprir todas as orientações alimentares recebidas dos médicos, mas por outro lado avaliou sua alimentação como adequada em muitos aspectos, como moderação no consumo de sal e gorduras. A dificuldade deste participante esteve centrada em reduzir o número de calorias consumidas e a regularidade no padrão das refeições, fato este atrelado a sua crença de que tinha maiores necessidades de comida “pesada”, que o sustentasse.

A adoção de práticas preventivas e a presença em serviços de saúde, em especial nas unidades básicas, tiveram como barreiras para alguns idosos fatores já constatados em outras pesquisas como o medo da descoberta de uma doença grave, a vergonha da exposição do corpo perante o profissional (Gomes & cols., 2007) e a dificuldade de compartilhar sentimentos e de verbalizar as próprias necessidades (Figueiredo, 2005; Miller & Iris, 2002; Schraiber & cols., 2005). No entanto, não se pode afirmar, contrariamente a outros trabalhos, que tais dificuldades estiveram associadas a fatores como falta de tempo, pouca valorização do autocuidado e a preocupação incipiente com a saúde (Figueiredo, 2005; Loeb, 2003; Miller & Iris, 2002; Schraiber & cols., 2005).

Os dados deste estudo mostram que os homens podem sim se constituírem em sujeitos do próprio cuidado. É importante destacar, conforme discute Couto e cols. (2010), que a invisibilidade dos homens nos serviços de assistência à saúde é muitas vezes produzida ou reforçada pela expectativa dos próprios profissionais, que assumem o estereótipo de que estes não cuidam de si e não procuram os serviços. Dessa forma, eles podem deixar de estimulá-los a praticar ações de promoção e prevenção ou não reconhecerem casos em que tais comportamentos são demonstrados.

5.3.2 *Hábitos saudáveis*

A atividade física constitui um elemento crucial para o envelhecimento bem-sucedido, já que pode promover melhor saúde e ajudar os idosos a permanecerem independentes (Andrews, 2001; Depp & Jeste, 2009; Franklin & Tate, 2009). As metas neste eixo de intervenção foram aumentar a frequência semanal ou fortalecer as práticas regulares de exercícios e atividades físicas. Correspondendo a esta expectativa, ao longo do trabalho os participantes, em geral, mantiveram ou intensificaram suas rotinas de exercícios, em especial a caminhada regular. No caso de Gastão, observou-se redução das caminhadas após um período de breve aumento, o que foi atribuído por ele próprio ao excesso de compromissos domésticos e no CCI.

Na atual pesquisa, os idosos, em sua maioria, engajavam-se em práticas de atividades físicas superiores a três vezes por semana, sendo Berilo e Sérgio os participantes modelos neste padrão de comportamento. Estes achados são contrários aqueles do estudo de Ribeiro e cols. (2009), em que metade da amostra revelou-se sedentária, relatando nunca fazer exercícios físicos (48,39%) ou fazer menos do que duas vezes por semana (6,45%). Todavia, tal estudo foi composto por idosos de ambos os sexos e 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 & cols., 2006; Ribeiro & cols., 2009; Redondo-Sendino & cols., 2006).

Vários estudos ao longo das últimas décadas têm ressaltado a associação entre a prática de exercícios físicos e medidas de saúde em suas dimensões física e psicológica. Níveis mais altos de saúde autopercebida são constantemente verificados em indivíduos ativos quando comparados a sedentários (Ribeiro & cols., 2009; Ruuskanen & Ruoppila, 1995). Tal descoberta leva ao pressuposto de que o exercício colabora para melhorar o desempenho de atividades de vida diária, o controle de doenças crônicas, os níveis de depressão e o senso de controle e de autoeficácia nos idosos (Andrews, 2001; De Vitta & cols., 2006; Ruuskanen & Ruoppila, 1995), bem como diminui os riscos de incapacidades e de mortalidade nesta população (Lee, 2000). De modo particular, tem sido verificado que o envolvimento em exercícios físicos está associado a incidência menor de demências e depressão entre os sujeitos não sedentários (Benedetti & cols., 2008; Larson & cols., 2006).

A evidência dos benefícios do estilo de vida ativo coloca grande ênfase sobre a importância de incluir orientações e estratégias para estímulo à prática regular de exercícios físicos nos programas educativos voltados para idosos. No entanto, segundo Rejeski e Focht (2002) para alcançarem bons resultados os programas necessitam dirigir ativamente uma variedade de crenças, respostas emocionais e sintomas físicos relacionadas a estas práticas entre os idosos. As intervenções psicoeducativas respaldadas no referencial cognitivo-comportamental incluem o treinamento de habilidades autorregulatórias em áreas como estabelecimento de metas, automonitoração e autorreforçamento e buscam levar os idosos a reconhecerem e modificarem pensamentos e interpretações errôneas acerca dos exercícios (Rejeski & Focht, 2002; Schneider, Cook & Luke, 2011).

Em relação ao comportamento alimentar, verificou-se que vários participantes relataram apresentar padrão adequado quanto, por exemplo, ao uso reduzido de gordura, sal e açúcar e a regularidade entre as refeições. Fausto e Jânio, por exemplo, constituíram modelos de boa alimentação, pois praticavam há muitos anos consumo alto de fibras, frutas e vegetais, assim como baixa ingestão de gorduras e proteína animal. A prevalência da manutenção de dieta pobre em gorduras e rica em fibras aumenta com o avançar da idade, o que sugere que os adultos idosos são mais preocupados com seu comportamento alimentar do que os mais jovens (Nigg & cols., 1999).

No contexto familiar de alguns participantes, a restrição a certos tipos de alimentos ocorria por exigências do tratamento próprio e/ou da esposa, dando evidências de que para os idosos muitas vezes a modificação nos hábitos alimentares torna-se uma consequência da necessidade de conter o avanço de doenças, não se caracterizando meramente como promoção de saúde e prevenção. Ao mesmo tempo, reforça a importância do apoio familiar na adesão ao tratamento a partir de modificações que envolvam outros membros da família.

As intervenções, enquanto estímulo para adoção de alimentação saudável, pareceram resultar para alguns idosos no alcance das metas de diminuição do consumo de alimentos prejudiciais à saúde e fortalecimento de hábitos alimentares mais saudáveis. Vale destacar os esforços de Oscar e Gastão para a perda de peso e reeducação alimentar. No entanto, há necessidade de ações educativas mais específicas e aprofundadas nessa área, dada a relação entre o tipo de dieta e o surgimento ou agravamento de doenças crônicas não transmissíveis.

Cervato e cols. (2005) desenvolveram uma intervenção nutricional educativa junto a 44 participantes de Universidades Abertas para a Terceira Idade. Ao final da intervenção nutricional, observaram diminuição do consumo de lipídios e do colesterol, além de modificações relacionadas ao tipo de alimento consumido, à ingestão de água e à maneira de preparar os alimentos. Carvalho e cols. (2004), em outro programa de intervenção educativa voltado para problemas relacionados à osteoporose, conseguiram aumentar a ingestão diária de leite e reforçar a valorização do uso de suplementos de cálcio e de vitamina D entre os idosos.

Na atual pesquisa, observou-se reconhecimento da importância da manutenção de hábitos alimentares saudáveis para a preservação da saúde, mesmo quando algumas dificuldades eram relatadas pelos idosos. Estes dados divergem dos resultados encontrados por Drummond e Smith (2006) em uma investigação realizada com 50 homens idosos australianos acerca de seus entendimentos sobre nutrição e alimentação. Os homens por eles entrevistados, em grande parte, pareceram pouco cientes de sua nutrição pessoal e necessidades de saúde em geral. Muitos deles consideraram o uso de medicamentos que aliviavam sintomas e dores como suficiente para avaliarem a si mesmos como saudáveis. Para outros, a consciência maior sobre nutrição e saúde decorreu de danos já evidenciados à saúde.

Drummond e Smith (2006) ressaltam as lacunas existentes na literatura quanto à nutrição de homens idosos, pontuando que devido a forma como a masculinidade tem sido construída socialmente a escolha e o preparo de alimentos tem ficado sob a responsabilidade das esposas. Nesse aspecto, Couto e cols. (2010) chamam a atenção para o fato de que os profissionais de saúde comumente não reconhecem os homens como potenciais sujeitos de autocuidado e, assim, observa-se muitas cenas de atendimentos a homens adultos em que uma mulher torna-se protagonista, como nos casos em que os profissionais dirigem-se às esposas ou mães por meio de frases como “*controle a comida dele*”, “*cuide para que ele tome o medicamento*”.

Os homens tendem a fumar e a ingerir bebidas alcoólicas com frequência maior do que as mulheres (Redondo-Sendino & cols., 2006). No entanto, o uso moderado de bebidas alcoólicas e a abstenção do tabagismo foi outra característica marcante dos idosos desta pesquisa, ainda que muitos tenham declarado ter feito uso abusivo destas substâncias quando mais jovens e só terem abandonado tais comportamentos após o surgimento de agravos à saúde associados.

Na atualidade, o fumo era mantido apenas por Eusébio que, a despeito de relatar o desejo e várias tentativas de abandonar o uso do cigarro, seguia fumando. No entanto, este participante mostrou engajamento em ações indicativas do estágio de preparação. De acordo com Prochaska e DiClemente (1983), neste estágio a pessoa relata pequenas mudanças comportamentais, como fumar menos cigarros ou atrasar o primeiro cigarro no dia, mesmo que ainda não tenha alcançado o critério para ação efetiva, neste caso a abstinência. Considerando que Eusébio mostrava necessitar de ajuda específica para abandono do tabagismo foram-lhe dadas orientações para a busca deste outro tipo de atendimento.

5.3.3 Habilidades psicossociais

Nas sessões grupais, foi evidenciada e discutida a relação entre emoções e comportamento e apontadas estratégias de enfrentamento para uso diante de situações estressoras, mas não foram empregadas técnicas específicas para manejo da ansiedade ou do estresse. Dessa forma, não era pretensão deste trabalho obter maiores modificações quanto à capacidade dos participantes de obter autocontrole de suas emoções em situações de conflito ou

de estresse cotidiano. Ainda assim, verificou-se o relato de alguns idosos quanto a estarem sentindo-se menos ansiosos após a participação no grupo.

Gastão foi o idoso com maior dificuldade nesta área, apresentando um padrão de comportamento que se caracterizava pela presença de queixas, lamentações 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 cogitou possibilidades de mudanças da situação presente, planejando a busca de novos cursos e empregos. De acordo com Figueiredo e cols. (2007), a baixa autoestima vivenciada por alguns homens idosos parece atrelada a certas 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. Este pareceu ser o caso de Gastão, que evidenciou dificuldades de adaptação a perdas decorrentes de doenças crônicas e da aposentadoria por invalidez. Agravava esta situação o fato dele perceber baixo suporte social, inclusive em seu meio familiar.

Na área das habilidades sociais, a meta das intervenções foi melhorar as habilidades dos idosos quanto a emissão de comportamentos assertivos relativos a recusa de pedidos, defesa de direitos e opiniões e expressão de sentimentos. A assertividade, conforme Alberti e Emmons (1978), refere-se à emissão de comportamentos em que a pessoa mostra-se capaz de agir em seus próprios interesses e exerce seus próprios direitos sem contudo negar os direitos ou sentimentos alheios. Arthur constituiu um caso a destacar quanto à falta de assertividade. Este participante manifestou dificuldades para recusar solicitações indesejadas, expressar suas necessidades e cobrar o cumprimento de compromissos. Em geral, adotava um padrão de resposta passivo, que implicava, por exemplo, em assumir responsabilidades e arcar com prejuízos por serviços não realizados a contento e por dívidas relativas a negócios que aceitara avalizar. Nas últimas avaliações, ele demonstrou estar em busca da mudança deste padrão de comportamento, evidenciando tentativas de alcançar um estilo de interação mais assertivo.

A maioria dos idosos afirmou ganhos em habilidades sociais oriundos da própria participação no grupo, em especial a superação da timidez para falar em público, o aumento da empatia e da capacidade de escuta e a maior aceitação em relação a 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, já que contribui para o surgimento de condições favoráveis a um funcionamento psicossocial.

Os constantes relatos dos idosos que indicavam suas dificuldades em buscar ajuda e em expressar emoções condizem com afirmações de outros autores que ressaltam os papéis de gênero como capazes de explicar em parte a relutância dos homens em buscar ajuda e em evitar a expressão emocional (Courtenay, 2000; Gannon, Glover, O'Neill & Emberton, 2004; Lee & Owens, 2002). No entanto, em seis grupos focais conduzidos com 45 homens a partir de 62

anos, Miller e Iris (2002), contrariamente a suas expectativas iniciais, observaram que estes frequentemente relataram experiências passadas com uso do álcool e expuseram seus sentimentos de depressão em relação à aposentadoria ou a limitações físicas. Os autores ressaltam que a falta de suporte social e de oportunidades para engajamento social tornam-se críticas para os homens desta faixa de idade, considerando que usualmente eles não cultivaram habilidades necessárias para desenvolver novas redes sociais na vida tardia e tiveram muitos de seus sentimentos avaliados como inaceitáveis nos anos anteriores.

Carneiro e Falcone (2004) desenvolveram uma pesquisa com o propósito de identificar as situações sociais nas quais os idosos apresentam facilidades e dificuldades de se comportar de forma socialmente habilidosa. A maioria das situações sociais em que os sujeitos manifestaram comportamentos habilidosos foram aquelas que não envolviam conflito de interesses e que não demandavam lutar pelos próprios direitos através de comportamento assertivo. Embora estes dados coincidam com os da atual pesquisa, é preciso verificar melhor o tipo de dificuldades em habilidades sociais entre homens idosos, já que no estudo de Carneiro e Falcone a maioria dos entrevistados era do sexo feminino (90%).

5.3.4 *Qualidade de vida*

Os idosos deste estudo indicaram possuir uma percepção positiva da própria qualidade de vida em ambos os instrumentos empregados nesta avaliação. Tomando como parâmetro a pontuação máxima dos escores e os escores médios obtidos por Fleck e cols. (2006) em idosos sem depressão no estudo de validação do instrumento para a população brasileira, percebe-se que a maioria dos participantes alcançou níveis elevados nos domínios do WHOQOL *old*. Surpreendentemente, a faceta autonomia obteve escores médios mais baixos do que aquele encontrado na população em que o instrumento foi validado, embora, pelo Teste *Friedman* tenha ocorrido uma elevação próxima ao nível de significância $p < 0,05$ após as intervenções. Esta faceta abarca liberdade para tomar as próprias decisões, percepção de controle sobre o futuro, respeito da própria liberdade por outros e ser capaz de fazer as coisas que gosta. Nesse caso, as pontuações médias possivelmente foram influenciadas por pontuações menores que 50,0 apresentadas por Amadeu, Jânio, Franco e Gastão, especialmente pelos dois últimos que durante as entrevistas expuseram suas dificuldades no âmbito familiar para exercer suas vontades e defender seus interesses.

As médias do WHOQOL *old* referentes à participação social mostraram que os escores pós-intervenção atingiram patamares acima daqueles da avaliação pré-intervenção, indicando uma melhora no nível de satisfação nesta faceta. Este dado, em conjunto com os relatos acerca dos ganhos sociais possibilitados pela participação nas sessões psicoeducativas, reforçam o valor da manutenção ou ampliação das relações sociais para pessoas na terceira idade, bem como destacam o quanto os trabalhos grupais tendem a lhes fornecer um ambiente rico de oportunidades para novas interações e formas de engajamento social.

Por outro lado, o domínio psicológico no WHOQOL *bref* foi depositário de escores mais baixos entre os idosos investigados, o que aponta a necessidade de se atentar para o estado psicológico das pessoas nesta faixa de idade. Pressupõe-se que resultados mais significativos neste domínio requerem intervenções mais específicas e por maior período de tempo do que foi alvo de investimento nesta pesquisa, dado os objetivos do trabalho e a proposta prévia que serviu de base para o planejamento das sessões. Diante disso, sugere-se que estudos posteriores possam avaliar intervenções psicológicas com homens idosos direcionadas ao melhoramento de aspectos como autoestima e regulação emocional.

De um modo geral, os idosos que tiveram escores globais mais baixos tanto na versão para idosos como na versão abreviada do WHOQOL foram Gastão e Franco. Estes dois participantes forneceram evidências claras da presença de conflitos familiares e do pouco apoio social que tinham. Somava-se, no caso de Gastão, sua insatisfação com a aposentadoria por invalidez e a diminuição da sua força de trabalho. Franco, por sua vez, mostrava-se insatisfeito com a dinâmica de funcionamento em sua família, o que culminou com a saída de sua residência na semana em que foi efetuada a terceira e última avaliação. As dificuldades destes dois participantes fugiram ao escopo deste trabalho, mas foi fornecida aos dois a possibilidade de atendimento psicológico após o término da pesquisa.

Investigações sobre qualidade de vida que se baseiam na percepção dos próprios idosos são necessárias para subsidiar programas e fomentar políticas voltadas para a promoção da saúde nesta população. Neste propósito, o WHOQOL *old* e o WHOQOL *bref* revelaram-se instrumentos abrangentes e de aplicação simples para aferir a qualidade de vida em idosos. Embora sejam autoaplicáveis, neste estudo eles foram respondidos com auxílio dos pesquisadores por escolha dos próprios participantes. Entretanto, a escassez de outros estudos utilizando a versão em português destes instrumentos junto a idosos, sobretudo o WHOQOL *old* que tem validação recente, tornou difícil estabelecer comparações entre os resultados encontrados e o de outras pesquisas com amostras semelhante.

5.4 Vantagens, limitações e implicações do estudo

Os relatos dos participantes acerca das intervenções e do contexto grupal em que estas ocorreram mostraram um alto nível de satisfação tanto com o conteúdo como com a dinâmica de funcionamento dos encontros. Conforme a fala de alguns deles, participar do grupo representou uma aliança com a busca do bem estar e o afastamento de outras práticas potencialmente geradoras de estresse e agravos a saúde. Vários outros trabalhos em grupo com idosos têm encontrado níveis elevados de avaliação positiva e manifestações do desejo de continuidade do trabalho (Assis & cols., 2002; Carvalho & cols., 2004; Diogo & cols., 2000). Considera-se este um dado significativo na medida em que o reconhecimento de ganhos a curto

prazo é importante para a manutenção da adesão às atividades propostas e para validação social do trabalho.

Além de perceberem o grupo como um espaço de trocas com os companheiros, os idosos reconheceram que o êxito do processo grupal depende em grande parte de envolvimento, autorrevelação, escuta ativa e compartilhamento de interesses. Dessa forma, uma das contribuições deste trabalho consistiu em propor uma intervenção participativa com idosos que lhes permite não apenas obter novas aprendizagens, mas também ampliar suas redes sociais e habilidades de comunicação. Nesse sentido, Miller e Iris (2002) argumentam que a socialização e o suporte social não são benefícios secundários de programas para idosos, pois as oportunidades para se engajar em relações sociais promovem comprometimento e adesão as atividades de promoção de saúde e, assim, adquirem importância primária.

São inúmeros os benefícios apontados para o trabalho em pequenos grupos na promoção da saúde dos idosos, os quais este estudo ajuda a confirmar: proporciona a formação de uma rede de apoio entre os participantes (Garcia, Yagi, Souza, Odoni, Frigério & Merlin, 2006; Kogos, 2004; Morais, 2009); reduz custos e maximiza as orientações da equipe de saúde em comparação à intervenção individual (Dapp & cols., 2005; Kogos, 2004); constitui uma alternativa para que as pessoas retomem papéis sociais e outras atividades de ocupação do tempo livre; agrega pessoas com dificuldades semelhantes; permite o processo de significação do envelhecer e do adoecer; mobiliza a tomada de consciência dos temas que emergem e são sustentados na discussão grupal; configura-se como um espaço terapêutico em que os integrantes expõem seus sentimentos e percepções (Gonçalves & Schier, 2005); e oportuniza novas perspectivas de vida (Morais, 2009).

As avaliações prévias realizadas com os participantes mostraram-se de grande importância tanto para formação do vínculo como para o conhecimento inicial de seus repertórios e para o estabelecimento de metas. Há indícios de que o próprio questionário utilizado, a exemplo do inventário elaborado e utilizado por Loeb (2003), atuou como instrumento de ampliação do autoconhecimento dos idosos. As entrevistas funcionaram para alguns como momentos de desabafo e de revisão de crenças e ações pessoais, cumprindo em certa medida uma função terapêutica, como pode ser percebido nas falas a seguir: “(...) *eu fui pra contribuir, aceitei com a melhor das intenções de ajudar (...) e, naquela entrevista, eu fui o beneficiado, no questionário, por exemplo, leva a gente a despertar*” (Mário, 72, E2); “(...) *pra nós é uma confiança, às vezes é até bom um desabafo, porque tem certas coisas que você não comunica com outras pessoas*” (Artur, 66, E3).

Outra vantagem que merece ser destacada nesta pesquisa é relativa ao fornecimento de um modelo para intervenção especificamente com homens. Ao envolver um processo sistemático de planejamento, implementação e avaliação, o trabalho mostrou que é possível

reunir homens em torno da discussão de temas que usualmente não são tidos como de seus interesses e engajá-los em atividades de ajuda mútua e resolução conjunta de problemas.

Na experiência com grupos de apoio formados com homens portadores ou sobreviventes do câncer de próstata, Oliffe, Gerbrandt, Bottorff e Hislop (2010) também verificaram a viabilidade de criar espaços em que os homens possam discutir suas experiências particulares de adoecimento, receber estímulos para pensar criticamente sobre as perspectivas de outros, modelar estratégias usadas para manutenção da saúde, reforçar a percepção de que não estão sozinhos e adquirir orientações sobre estratégias e benefícios do autocuidado. Além disso, estes autores destacam que outros homens são capazes de influenciar fortemente as normas masculinas em questões de saúde e doença. No entanto, acrescentam que maior coesão é alcançada no grupo quando as interações ocorrem de modo descontraído, com uso do humor como redutor de ansiedades (Oliffe, Ogradniczuk, Bottorff, Hislop & Halpin, 2009).

Ao focalizar os homens, o presente trabalho permitiu verificar como eles estão se engajando em espaços de promoção de saúde e forneceu uma compreensão de experiências de envelhecimento ativo entre idosos do sexo masculino. Além disso, o autorrelato dos participantes sobre temas variados relacionados à saúde permitiu um mapeamento de temáticas a serem desenvolvidas em grupos de idosos que se centram em interesses e necessidades mais diretas dos homens. Desse modo, os dados obtidos podem servir como dados exploratórios para o planejamento de pesquisas e intervenções futuras.

A expectativa é de que esta associação entre pesquisa e intervenção possa contribuir para o desenvolvimento de programas que, com as devidas adaptações e ajustes, sejam aplicáveis à rotina de projetos e serviços para idosos. Como direcionamento para a prática, recomenda-se que o psicólogo ou outro profissional da saúde que assuma a função de facilitador do processo grupal privilegie a ação educativa de forma participativa, orientado por metas tanto individuais como grupais, e que respalde suas intervenções no modelo biopsicossocial e no enfoque de gênero.

Algumas limitações desta pesquisa também merecem ser apontadas. Primeiramente, o recrutamento dos participantes se deu por conveniência e a avaliação da intervenção ocorreu sem a utilização de um grupo controle. Assim, é preciso considerar que os idosos que integraram o estudo já apresentavam um alto nível de motivação para o tipo de atividade realizada e já constituíam, em sua maioria, bons cuidadores da própria saúde. Estes aspectos, além de comprometerem a generalização dos resultados a outros idosos, podem ter afetado o trabalho de duas formas. Se por um lado, possivelmente tornaram os idosos mais atuantes nas discussões e reflexões geradas no grupo, por outro os colocaram num patamar em que a necessidade de mudança nem sempre era reconhecida, sendo referidas frases como “*acho que está bom como está, não tem mais o que melhorar*” (Jânio, 71, E1).

A validade interna da pesquisa, por sua vez, pode ter sofrido influência de algumas variáveis estranhas comuns em trabalhos com o delineamento utilizado: eventos específicos ocorridos entre as avaliações podem ter sido produtores de mudanças além da intervenção (efeitos da história); a replicação dos instrumentos pode ter levado a obtenção de melhores desempenhos a partir da segunda avaliação (efeitos de testagem); e o processo de avaliação pode ter sido em si mesmo mais um estímulo à mudança (efeito reativo) (Campbell & Stanley, 1979).

Além disso, a intervenção foi muito abrangente, o que tornou difícil medir os efeitos de cada tipo de abordagem temática e metodológica adotada. Os instrumentos utilizados também não permitiram realizar uma melhor quantificação dos aspectos avaliados, de modo a comparar de forma mais precisa os efeitos da intervenção. O contexto brasileiro ainda é carente de instrumentos validados para mensuração de comportamentos de autocuidado na população idosa.

É preciso reconhecer o autorrelato como uma medida frágil já que está sujeito a influências da desejabilidade social. Por outro lado, foi importante ouvir os idosos, buscando compreender como têm vivenciado o autocuidado na velhice. No enfoque qualitativo, o pesquisador se interessa em explorar as opiniões, percepções, significados e representações dos participantes sobre os assuntos em pauta e se defronta com aspectos nem sempre mensuráveis (Bauer, Gaskell & Allum, 2007; Turato, 2002).

Segundo Bauer e cols. (2007), a escolha entre pesquisa qualitativa ou quantitativa recai primariamente sobre a geração dos dados e os métodos de análise destes e apenas secundariamente sobre o delineamento da pesquisa ou de interesses do conhecimento. Estes autores defendem que “*a pesquisa qualitativa tem conseguido desmistificar a sofisticação estatística como o único caminho para se conseguir resultados significativos*” (p. 24), deslocando a atenção da análise de dados numéricos para questões referentes à qualidade e a coleta de dados.

As pesquisas quantitativas apresentam a vantagem de fornecerem informações que podem ser representativas, mas não possibilitam descobrir significados subjetivos. Para compreender como as pessoas idosas definem saúde, quais suas prioridades para melhorar a qualidade de vida e como elas percebem questões relacionadas à promoção de saúde, a pesquisa qualitativa adquire um valor maior, já que permite a emergência de perspectivas e questões dos respondentes (Ginn, Arber & Cooper, 1997). Figueiredo e cols. (2007) ressaltam ainda que as questões de gênero não podem ser tratadas apenas por estudos estatísticos e demográficos, requerendo também a condução de estudos qualitativos capazes de melhor abordar a complexidade social da relação entre gênero, envelhecimento e saúde.

Em termos de pesquisas futuras, sugere-se a realização de estudos que avaliem, em separado, efeitos de intervenções psicoeducativas em cada um dos eixos de análise abordados

neste trabalho, de preferência com grupo controle recebendo outro tipo de atendimento por período igual de tempo. Pode ser útil ainda comparar grupos somente de homens idosos com grupos mistos, compostos por homens e mulheres ou por homens de diferentes faixas de idade.

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção implementada e avaliada nesta pesquisa constitui 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 avançado 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 se implementar ações em prol da prevenção ou controle de doenças e de engajar-se em um estilo de vida saudável. No entanto, as experiências no grupo atuaram mais para reforçar e legitimar suas práticas ou para sensibilizá-los a respeito de novas e desejáveis mudanças, considerando que diversos idosos, em vários níveis e em distintas áreas, mostraram ser bons cuidadores previamente de si mesmos.

Por outro lado, este tipo de intervenção não se mostrou suficiente para alterar hábitos associados a crenças disfuncionais ou a respostas emocionais negativas ainda que intenções de mudança tenham sido evidenciadas. Quando barreiras psicológicas à mudança se fazem presentes, pode ser necessário associar intervenções individuais às intervenções grupais, de modo a melhor auxiliar o participante na revisão de crenças, manejo de respostas emocionais e aprendizagem de novo repertório de respostas diante de situações estressoras. Para tanto, seria útil utilizar técnicas oriundas da abordagem cognitivo-comportamental, como reestruturação cognitiva, treino em relaxamento e ensaio comportamental.

O formato do grupo, incluindo a diversidade de temas e a quantidade de participantes, não favoreceu uma abordagem mais direta a dificuldades particulares dos participantes. Os idosos a princípio, com raras exceções, também não se mostraram preparados para o uso da empatia e fornecimento de apoio a especificidades dos companheiros.

Observou-se entre os participantes uma necessidade maior de relatar suas próprias percepções e experiências, o que tomava tempo da sessão e impedia o investimento em questões específicas. Além disso, houve certo estranhamento por parte de alguns deles quanto à exposição de informações pessoais no grupo e intolerância ao ritmo e opiniões diferenciadas dos colegas. Inicialmente, eles demonstraram ansiar mais pela convivência, troca de opiniões e aquisição de novas informações do que pela mudança, bem como havia uma aprendizagem ainda incipiente quanto às habilidades de ouvir e se expor.

Ao longo das sessões, percebeu-se uma evolução de vários participantes no sentido de maior exposição pessoal e de maior apoio e atenção a fala de outros, indicando que, possivelmente, o avançar do trabalho traria maiores possibilidades do grupo atuar de modo mais

efetivo como uma fonte de suporte e de mudanças comportamentais. Os próprios idosos reconheceram os ganhos das novas experiências ao avaliarem que haviam se tornando mais respeitosos às diferenças dos outros, mais humildes e melhor ouvintes. Estes dados são de grande valor, sobretudo se considerarmos suas dificuldades em expressar emoções, em solicitar ajuda e em defender suas opiniões, claramente indicadas nas entrevistas. Possivelmente o apoio mútuo e os efeitos terapêuticos da intervenção se ampliariam a partir da continuação dos encontros.

Um grupo com menor número de integrantes e/ou com temas mais circunscritos poderia ter sido mais efetivo na abordagem de problemas particulares identificados nas entrevistas e durante os próprios encontros. Considerando possíveis perdas amostrais, optou-se por dar início ao trabalho com treze participantes devido ao receio de que estas viessem a restringir ou impedir a continuidade da intervenção no modelo adotado. Por outro lado, um número maior de participantes potencializou alcançar metas de interesse comum que puderam ser trabalhadas pela própria dinâmica da atividade, como a obtenção de mais informações e a maior convivência social. O aprofundamento em casos particulares talvez tirasse a possibilidade de uma discussão mais ampla, com relatos de vida, opiniões e reflexões de todos acerca dos temas em foco.

Os níveis de satisfação com as experiências que foram referidos pelos idosos, assim como a frequência e a pontualidade aos encontros, levam a concluir que eles aprovaram e usufruíram da possibilidade de estarem em grupo e se envolverem em um tipo de interação em que o dar de si e o receber de outros são ações sempre presentes.

É possível que os efeitos modestos da intervenção se devam em parte ao fato de ter se partido de frequências elevadas nos comportamentos que se pretendia avaliar e modificar. Nesse sentido, o ideal teria sido contar com idosos detentores de maiores dificuldades quanto à aquisição ou manutenção de comportamentos preventivos e de manejo de estresse e doenças. No entanto, o acesso a participantes com esse perfil na comunidade revelou-se mais difícil, considerando que o recrutamento destes iria requerer maior divulgação da proposta psicoeducativa e estratégias especiais para mobilização e manutenção de suas presenças ao longo de várias semanas de intervenção.

Outro ponto a ser destacado, é que grande parte dos participantes referiu a presença de comportamentos nocivos à saúde e maiores dificuldades de buscar ajuda médica em outros momentos de suas histórias. Muitos deles alcançaram um padrão de resposta mais saudável apenas após o surgimento ou agravamento de doenças, o que os levaram a maior valorização das orientações e tratamentos médicos. Isto evidencia a necessidade de intervenções preventivas com homens em fases anteriores do desenvolvimento, de modo que os programas de promoção da saúde na velhice possam se ocupar mais de mobilizá-los para a manutenção do autocuidado e para a utilização do tempo livre de modo positivo e beneficiador da saúde própria e de outros.

Ao final da caminhada de leituras, interações e análises, defende-se a tese de que homens idosos 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. Embora se considere que os homens sejam mais prováveis de negar do que discutir questões de saúde e doença, os resultados deste estudo reforçam a possibilidade dos homens, tanto quanto as mulheres, envolverem-se em processos grupais educativos e valorizarem o comprometimento com temáticas relacionadas ao processo de saúde e doença.

Neste momento do ciclo de vida, o tempo livre pode tornar-se um forte aliado dos programas de promoção de saúde, ajudando os idosos não somente na aquisição de hábitos de vida mais saudáveis, mas também no estabelecimento de novas redes de relações e de suporte social. Além disso, os idosos podem se tornar multiplicadores das mensagens recebidas e construídas nestes espaços, levando a outras gerações de homens modelos e estímulos para comportamentos preventivos.

Respalado por esta constatação, defende-se a necessidade e a viabilidade da implementação de propostas interventivas focadas na promoção do autocuidado de homens deste segmento etário. Os grupos podem ser mistos e não necessariamente compostos apenas para representantes do sexo masculino, fator que neste estudo serviu basicamente para maior conhecimento e foco nos interesses dos homens.

Ressalta-se, por fim, a relevância de se descrever as prioridades e necessidades de saúde do ponto de referência dos próprios homens, de modo a embasar as políticas e ações nas preocupações, experiências e demandas expressas por eles. No entanto, além de buscar diferenças entre homens e mulheres, é necessário identificar diferenças entre eles próprios, permitindo lidar com diferentes formas e estilos de ser homem (Cameron & Bernardes, 1998; Couto & Cols., 2010; Smith & Robertson, 2008). O trabalho de promoção da saúde com homens não pode se basear na suposição de um conjunto de características iguais que leva a interpretá-los como um grupo composto por valores e comportamentos comuns e generalizáveis. As práticas de saúde dos homens dependem de vários fatores demográficos, pessoais e culturais e, como tal, são diversas.

Este estudo traz um apelo à interdisciplinaridade na medida em que os temas tratados e os sujeitos de atenção convergem com os interesses e potencialidades de contribuição de diversas áreas do conhecimento científico e profissional. Evidencia também oportunidades para maior colaboração entre pesquisadores e profissionais, de modo a assegurar que os conhecimentos gerados sobre práticas de promoção da saúde com idosos e/ou homens resultem em maior reflexão e conhecimento sobre a velhice e os padrões de masculinidade.

REFERÊNCIAS

- Abib, J. A. D. (2001). Teoria moral de Skinner e desenvolvimento humano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 107-117.
- Abreu, D. M. X. de, César, C. C., & França, E. B. (2009). Diferenciais entre homens e mulheres na mortalidade evitável no Brasil (1983-2005). *Caderno de Saúde Pública*, 25(12), 2672-2682.
- Afonso, M. L. M., & Coutinho, A. R. A. (2010). Metodologias de trabalho com grupos e sua utilização na área da saúde. Em M. L. M. Afonso (Orgs.). *Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde*. (pp. 59-83). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Afonso, M. L. M. (2002). *Oficinas em Dinâmica de Grupo: Um método de intervenção psicossocial*. Belo Horizonte: Edições do Campo Social.
- Alberti, E. R., & Emmons, M. L. (1978). *Comportamento Assertivo: um guia de auto-expressão*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Alves L. S., & Rodrigues R. N. (2005). Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 17(5/6), 333-341.
- Anderson, M. I. P. (1998). Saúde e condições de vida do idoso no Brasil. *Textos sobre Envelhecimento*, 1(1), 7-22.
- Anderson, M. I. P., Assis, M., Pacheco, L. C., Silva, E. A., Menezes, I. S., Duarte, T. D., Storino, F., & Motta, L. (1998). Saúde e qualidade de vida na terceira idade. *Textos sobre Envelhecimento*, 1(1), 1-44.
- Andrews, G. R. (2001). Care of older people: Promoting health and function in an ageing population. *British Medical Journal*, 22, 728-729.
- Aquino, E. M. L., Menezes, G. M. S., & Amoedo, M. B. (1992). Gênero e saúde no Brasil: Considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Revista de Saúde Pública*, 26(3), 195-202.
- Arnal, R. B. (1997). *Introducción a la psicología da la salud: Aspectos conceptuales*. Valencia: Promolibro.
- Assis, M. de (2002) *Promoção da saúde e envelhecimento: Orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos*. Rio de Janeiro: CRDE, UnATI, UERJ. Série Livros Eletrônicos Programas de Atenção a Idosos.
- Assis, M. de (2004). *Promoção da saúde e envelhecimento: Avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ*. Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- 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(3), 557-581.
- Assis, M. de, Pacheco, L. C. & Menezes, I. S. (2002). Repercussões de uma experiência de promoção da saúde no envelhecimento: Análise preliminar a partir das percepções dos idosos. *Textos sobre Envelhecimento*, 4(7), 1-17.
- Bailey J. S., & Burch M. R. (2002). *Research methods in applied behavior analysis*. Thousand Oaks: Sage.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (pp. 71-78). New York: Academic Press.
- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bauer, M. W., Gaskell, G., & Allum, N. C. (2007). Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Edits.) *Pesquisa qualitativa como texto, imagem e som: um manual prático I* (pp. 17-36). Petrópolis: Vozes.

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(2), 302-307.

Berger, K. S. (2003). *O Desenvolvimento da Pessoa da Infância à Terceira Idade*. Rio de Janeiro: LTC.

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(4), 473-482.

Brasil (1999). Política Nacional do Idoso, Portaria no 1.395, de 09 de dezembro de 1.999. Brasília: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF. Seção 1, p. 20-24.

Brasil (2003). Estatuto do idoso: Lei Federal nº 10.741. Retirado de <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>

Brasil (2009). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes). Ministério da Saúde. Retirado em 05/09/2009, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>

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(1), 97-104.

Brown, R. T., Freeman, W. S., Belar, C., Hornyak, L. M., Rozensky, R., Brown, R. A., Hersch, L., Rickel, A., & Sheridan, E. (2002). The role of psychology in health care delivery. *Professional Psychology: Research and Health*, 33, 536-545.

Bryant, L. L., Altpeter, M., & Whitelaw, N. A. (2006). Evaluation of health promotion programs for older adults: An introduction. *Journal of Applied Gerontology*, 25(3), 197-213.

Bub, M. B. C., Medrano, C., Silva, C. D., Wink, S., Liss, P. E., & Santos, E. K. A. S. (2006). A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15 (n.esp), 152-157.

Camarano, A. M. (2002). Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. Em E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni & S. M. Rocha (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 58-71). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Cameron, E., & Bernardes, J. (1998). Gender and disadvantage in health: Men's health for a change. *Sociology of Health & Illness*, 20(5), 673-693.

Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1979). *Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa*. São Paulo: EPU.

Candeias, N. M. F. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: Mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, 31(2), 209-213.

Carneiro, R. S., & Falcone, E. M. O. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 119-126.

Carvalho, C. M. R. G. de, Fonseca, C. C. C., & Pedrosa, J. I. (2004). Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: Repercussões. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3), 719-726.

Castro, M. R. de, & Vargas, L. A. (2005). A interação/atuação da equipe do Programa de Saúde da Família do Canal do Anil com a população idosa adscrita. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 15(2), 329-351.

Cerqueira, A. T. A. R., & Oliveira, N. I. L. (2002). Programa de apoio a cuidadores: Uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP*, 3(1), 133-150.

Cervato, A. M., Derntl, A. M., Latorre, M. do R. D. de O., & Marucci, M. de F. N. (2005). Educação nutricional para adultos e idosos: Uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. *Revista de Nutrição*, 18(1), 41-52.

Chaimowicz, F. (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: Problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, 31(2), 184-200.

Coleta, M. F. D. (1999). O modelo de crenças em saúde (HBM): uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. *Temas em Psicologia*, 7(2), 175-182.

Connell, C. M. (1999). Older adults in health education research: Some recommendations. *Health Education Research*, 14(3), 427-431.

Conner, M., & Norman, P. (1996). *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models*. Buckingham: Open University Press.

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(1), 1385-1401.

Couto, M. T., Pinheiro, T. T., Valença, O., Machin, R., Silva, G. S. N., Gomes, R., Schraiber, L. B., & 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(33), 257-270.

Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto* (2. ed). Porto Alegre: Artmed.

Dalla Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: Um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246-252.

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(3), 122-127.

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(1), 23-34.

Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2001). *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.

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*, VII (1), 137-150.

Diogo, M. J. D., Ceolim, M. F., & Cintra, F. A. (2000). Implantação do grupo de atenção à saúde do idoso (GRASI) no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP): Relato de experiência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(5), 85-90.

Drummond, M., & Smith, J. (2006). Ageing men's understanding of nutrition: Implications for health. *The Journal of Men's Health & Gender*, 3(1), 56-60.

Fernandes, M. G. M. (2009). Papéis sociais de gênero na velhice: O olhar de si e do outro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 705-710.

Ferrucci, L., Giallauria, F., & Guralnik, J. M. (2008). Epidemiology of Aging. *Radiologic Clinics of North America*, 46(4), 643-652.

Figueiredo, M. L. F., Tyrrel, M. A. R., Carvalho, C. M. R. G., Luz, M. H. B. A., Amorim, F. C. M., & Loiola, N. L. A. (2007). As diferenças de gênero na velhice. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(4), 422-427.

Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: Um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1), 105-109.

Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183.

Fleck, M. P., Chachamovich, E., & Trentini, C. (2006). Desenvolvimento e validação da versão em português do módulo WHOQOL-OLD. *Revista de Saúde Pública*, 40(5), 785-791.

Fleck, M., Chachamovich, E., & Trentini, C. (2003). Projeto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 37(6), 793-799.

Fletcher, R. J., Higginbotham, N., & Dobson, A. (2002). Men's Perceived Health Needs. *Journal of Health Psychology*, 7(3), 233-241.

Fonseca, F. B., & Rizzotto, M. L. F. (2008). Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(2), 365-373.

Franklin, N. C., & Tate, C. A. (2009). Lifestyle and successful aging: An overview. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 3(1), 6-11.

Gannon, K., Glover, L., O'Neill, M., & Emberton, M. (2004). Men and chronic illness: A qualitative study of LUTS. *Journal of Health Psychology*, 9(3), 411-420.

Garcia, M. A. A., Yagi, G. H., Souza, C. S., Odoni, A. P. C., Frigério, R. M., & Merlin, S. S. (2006). Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(2), 175-182.

Geronutti, D. A., Molina, A. C., & Lima, S. A. M. (2008). Vacinação de idosos contra a influenza em um centro de saúde escola do interior do Estado de São Paulo. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(2), 336-341.

Giffin, K. (2005). A inserção dos homens nos estudos de gênero: Contribuições de um sujeito histórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 47-57.

Ginn, J., Arber, S., & Cooper, H. (1997). *Researching older people's health needs and health promotion issues*. London: Ken Brooks.

Gomes, R. (2003). Sexualidade masculina e saúde do homem: Proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 825-829.

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(5), 901-911.

Gomes, R., Nascimento, E. F., & Araújo, F. C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 565-574.

Gonçalves, L. H. T., & Schier, J. (2005). Grupo Aqui e Agora: Uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(2), 271-279.

Heinemann, L. A. J., Farid, S., Zimmermann, T., Novak, A., Myon, E., Badia, X., Potthoff, P., Goncharow, N. P., Kim, S., & Giroudet, C. (2003). The Aging Males' Symptoms (AMS) scale: Update and compilation of international versions. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1:15. Retirado em 20/10/2008, de <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-1-15.pdf>.

Higgins N., & Regan C. (2004). A systematic review of the effectiveness of interventions to help older people adhere to medication regimes. *Age and Ageing*, 33(3), 224-229.

House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14(1), 293-318.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2010). *Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: O passado, o presente e perspectivas*. Rio de Janeiro: IBGE. Retirado em 07/05/2011, de <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2009/notastecnicas.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2011). *Sinopse do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE. Retirado em 07/05/2011, de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm.

Issa, M. M., Fenter, T. C., Black, L., Grogg, A. L., & Kruep, E. J. (2006) Assessment of the Diagnosed Prevalence of Diseases in Men 50 Years of Age or Older. *The American Journal of Managed Care*, 12(4), S83-S89.

João, A. de F., Sampaio, A. A. Z., Santiago, E. A., Cardoso, R. de C., & Dias, R. C. (2005). Atividades em grupo – alternativa para minimizar os efeitos do envelhecimento. *Textos sobre Envelhecimento*, 8(3), 1-10.

Kalache, A. (1998). The World Health Organization perspective of gender, ageing and health. *Ageing International*, 24(4), 39-48.

Kogos, S. C. (2004). Support groups and treatment adherence in a geriatric outpatient clinic. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11(4), 275-282.

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(2), 73-81.

Laurenti, R., Jorge, M. H. P. de M., & Gotlieb, S. L. D. (2005) Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 35-46.

Lee, C., & Owens, R. G. (2002). Issues for a psychology of men's health. *Journal of Health Psychology*, 7(3), 209-217.

Lee, Y. (2000). The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(2), 123-129.

Lima, M. A. (1999) A gestão da experiência de envelhecer em um programa para a terceira idade: A UNATI/UERJ. *Textos sobre Envelhecimento*, 2(2), 23-63.

Linhares, C. R. C., Coelho, V. L. D., Guimarães, R. M., Campos, A. P. M., & Carvalho, N. T. (2003). Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 319-326.

Loeb, S. J. (2003). The Older Men's Health Program and Screening Inventory: A tool for assessing health practices and beliefs. *Geriatric Nursing*, 24(5), 278-285.

Lunenfeld, B. (2002). The ageing male: Demographics and challenges. *World Journal Urology*, 20(1), 11-16.

Marks, D., Murray, M., Evans, B., & Willig, C. (2000). *Health psychology. Theory, research and practice*. London: Sage.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1993). *Prevenção de recaída. Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Mccormack, D. (2003). An examination of the self-care concept uncovers a new direction for healthcare reform. *Nursing Leadership*, 16(4), 48-65.

Miller, A. M., & Iris, M. (2002). Health promotion attitudes and strategies in older adults. *Health Education & Behavior*, 29 (2), 249-267.

Moraes, A. B. A. (1997). Saúde bucal e comportamento. Em D. R. Zamignani. *Sobre comportamento e cognição. A aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos* (pp. 57-66). Santo André: ARBytes.

Morais, O. N. P. de (2009). Grupos de idosos: Atuação da Psicogerontologia no enfoque preventivo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(4), 846-855.

Neri, A. L., Yassuda, M. S., & Cachioni, M. (2004). *Velhice bem sucedida: aspectos afetivos e cognitivos*. Campinas: Papirus.

Neri, A. L. (1995). *Psicologia do Envelhecimento: Uma Área Emergente*. Campinas: Papirus.

Neri, A. L. (2004). Contribuições da psicologia ao estudo e à intervenção no campo da velhice. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 1(1), 69-80.

- Netto, M. P. (2002). O Estudo da velhice no Século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. Em E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni & S. M. Rocha (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 2-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nigg, C. R., Burbank, P. M., Padula, C., Dufresne, R., Rossi, J. S., Velicer, W. F., Laforge, R. G. & Prochaska, J. O. (1999). Stages of change across ten health risk behaviors for older adults. *The Gerontologist*, 39(4), 473-482.
- Oliffe, J. L., Gerbrandt, J., Bottorff, J. L., & Hislop, T. G. (2010). Health promotion and illness demotion at prostate cancer support groups. *Health Promotion Practice*, 11(4), 562-571.
- Oliffe, J. L., Ogrodniczuk, J., Bottorff, J. L., Hislop, T. G., & Halpin, M. (2009). Connecting humor, health and masculinities at prostate cancer support groups. *Psycho-Oncology*, 18(9), 916-926.
- Pavão, A. L. B., & Coeli, C. M. (2008). Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. *Caderno de Saúde Coletiva*, 16(3), 471-482.
- Pedro, I. C. da S., Rocha, S. M. M., & Nascimento, L. C. (2008). Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(2), 324-332.
- Pinheiro, R. S., Viacava, F., Travassos, C., & Brito, A. S. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 687-707.
- Prochaska, J. Q. & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Johnson, S., Lee, P. (1998). The Transtheoretical Model of Behavior Change. Em S. A. Schumaker, E. B. Salmo, J. K. Ochene & W. L. McBee, (Orgs.) *The Handbook of Health Behavior Change*. New York: Springer Publishing Company.
- Quine, S., Kendig, H., Russell, C., & Touchard, D. (2004). Health promotion for socially disadvantaged groups: The case of homeless older men in Australia. *Health Promotion International*, 19(2), 157-165.
- Rabelo, D. F., & Neri, A. L. (2005). Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, 10(3), 403-412.
- Ramos M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 4(7), 156-175.
- Redondo-Sendino, A., Guallar-Castillón, P., Banegas, J. R., & Rodríguez-Artalejo, F. (2006). Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health*, 6(1), 155-163.
- Rejeski, W. J. & Focht, B. C. (2002). Aging and physical disability: On integrating group and individual counseling with the promotion of physical activity. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 30(4), 166-170.
- Remor, E. A. (1999). Psicologia da Saúde: apresentação, origens e perspectivas. *Psico*, 30(1), 205-217.
- Ribeiro, M. M. (2005). *Utilização de serviços de saúde no Brasil: Uma investigação do padrão etário por sexo e cobertura por plano de saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Ribeiro, P. C. C., Neri, A. L., Cupertino, A. P. F. B., & Yassuda, M. S. (2009). Variabilidade no envelhecimento ativo segundo gênero, Idade e saúde. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 501-509.

Rodrigues, N. C. & Rauth, J. (2002). Os desafios do envelhecimento no Brasil. Em E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni & S. M. Rocha (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 106-110). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Rolim, K. M. C., Bezerra, M. G. A., Moreira, V. T., & Araújo, M. de F. M. (2004). Mulheres em uma aula de hidroginástica: Experienciando o interrelacionamento grupal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 17(1), 8-13.

Romero, D. E. (2002). Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no *status* de saúde dos idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 777-794.

Rosenstock, I. M., Strecher, V. I., & Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.

Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.

Rufatto, A. T. (2004). Um facilitador, (do), (no), (o) grupo. *Vínculo*, 1(1), 66-71.

Ruigomez, A., Alonso, J., & Anto, J. M. (1995). Relationship of health behaviours to five-year mortality in an elderly cohort. *Age and Ageing*, 24(2), 113-119.

Ruthig, J. C., & Chipperfield, J. G. (2006). Health incongruence in later life: Implications for subsequent well-being and health care. *Health Psychology*, 26(6), 753-761.

Ruuskanen, J. M., & Ruoppila, I. (1995). Physical activity and psychological well-being among people aged 65 to 84 Years. *Age and Ageing*, 24(4), 292-296.

Sales, F. M., & Santos, I. (2007). Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: Identificação de necessidades. *Textos & contextos Enfermagem*, 16(3), 495-502.

Santos, I. E., & Dias, C. M. de S. B. (2008). Homem idoso: Vivência de papéis desempenhados ao longo do ciclo vital da família. *Aletheia*, 27(1), 98-110.

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(2), 163-168.

Schneller, D. P., & Vandsburger, E. (2008). Self-Efficacious behaviors for reducing stress in older adulthood. *Ageing International*, 32(1), 78-91.

Schraiber, L. B., Gomes, R., & Couto, M. T. (2005). Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1), 7-17.

Scott, J. (1995). Gênero: Uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20(2), 71-99.

Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. da C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.

Sícoli, J. L., & Nascimento, P. R. (2003). Promoção de saúde: Concepções, princípios e operacionalização. *Saúde e Educação*, 7(12), 91-112.

Silva, S. G. (2006). A crise da masculinidade: Uma crítica à identidade de gênero e à literatura masculinista. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(1), 118-131.

Smith J. A., & Robertson S. (2008). Men's health promotion: A new frontier in Australia and the UK? Men's health promotion. *Health Promotion International*, 23(3), 283-289.

Spink, M. J. P. (2003). *Psicologia Social e Saúde. Práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.

Stlin, P., Eckermann, E., Mishra, U. S., Nkowane, M., & Wallstam, E. (2007). Gender and health promotion: A multisectoral policy approach. *Health Promotion International*, 21(S1), 25-35.

Straub, R. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre, Artmed.

Sze Wu, A. M., Tang, C. S., & Kwok, T. C. Y. (2004). Physical and psychosocial factors associated with health-promoting behaviors among elderly chinese with type-2 diabetes. *Journal of Health Psychology*, 9(6), 731-740.

Teixeira, M. B. (2002). *Empoderamento de idosos em grupos de Promoção da Saúde*. Dissertação de Mestrado, Fiocruz, ENSP, Rio de Janeiro.

Thompson, L. W., Powers, D. P., Coon, D. W., Takgi, K., Mackibbin, C., & Gallagher-Thompson, D. (2003). Terceira idade. Em J. R. White e A. S. Freeman (Orgs.) *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos* (pp. 269-299). São Paulo: Roca.

Tulloch, A. J. (2005). Effectiveness of preventive care programmes in the elderly. *Age and Ageing*, 34(3), 203-204.

Turato, E. R. (2003). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.

Vaillant, G. E., DiRago, A. C., & Mukamal, K. (2006). Natural History of Male Psychological Health, XV: Retirement Satisfaction. *The American Journal of Psychiatry*, 163(4), 682-688.

Veras, R., & Caldas, C. P. (2004). *UnATI-UERJ - 10 anos: Um modelo de cuidado integral para a população que envelhece*. Rio de Janeiro: UERJ/ UnATI. Retirado em 18/06/2009, de http://www.unati.uerj.br/publicacoes/textos_Unati/unati6.pdf.

Veras, R. (2003). Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: Revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 705-715.

Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: Demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 548-554.

Vieira, V. de A., & Castiel, L. D. (2003). Hipertensão arterial em idosos atendidos em grupos de aconselhamento: Comentários a partir de um estudo descritivo preliminar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(2), 76-83.

Ware Jr, J. E. (1976). Scales for measuring general health perceptions. *Health Services Research*, 11(4), 396-415.

Winett, R. A., Moore, J. F., & Anderson, E. S (1991). Extending the concept of social validity: Behavior analysis for disease prevention and health promotion. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24(2), 215-230.

World Health Organization (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: Canadian Public Health Association. Retirado em 10/05/2008, de http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Retirado em 16/07/2009, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.

APÊNDICE 1

Tabela 1. Escores dos fatores do WHOQOL *old*, na linha de base, momento pós-intervenção e no seguimento dos treze participantes

Participantes	Funcionamento Sensorio			Autonomia			Ativ. Presentes, passadas e futuras			Participação social			Morte e Morrer			Intimidade		
	LB	Pós	Seg	LB	Pós	LB	Pós	Seg	Seg	LB	Pós	Seg	LB	Pós	Seg	LB	Pós	Seg
Amadeu	50,00	81,25	---	56,25	43,75	---	75,0	62,5	---	87,5	68,75	---	75,0	81,25	---	100,0	75,0	---
Artur	93,75	93,75	93,75	75,0	81,25	62,5	93,75	93,75	87,5	68,75	75,0	81,25	50,0	43,75	31,25	81,25	81,25	81,25
Berilo	62,50	87,50	75,0	62,5	68,75	75,0	75,0	68,75	87,5	75,0	87,5	81,25	81,25	81,25	25,00	75,0	87,5	81,25
Edgar	81,25	75,00	25,0	50,0	68,75	68,75	62,5	81,25	75,0	56,25	75,0	81,25	50,0	12,5	81,25	68,75	75,0	75,0
Eusébio	100,0	87,50	93,75	56,25	62,5	75,0	87,5	81,25	87,5	75,0	87,50	87,50	81,25	75,0	75,00	93,75	100,0	93,75
Franco	81,25	56,25	68,75	31,25	37,5	31,25	43,75	43,75	37,5	62,5	25,0	68,75	87,5	50,0	87,50	37,5	37,5	43,75
Fausto	50,0	56,25	---	56,25	50,0	---	62,5	62,5	---	43,75	50,0	---	50,0	75,0	---	62,5	75,0	---
Gastão	62,50	93,75	18,75	31,25	62,50	31,25	31,25	50,0	56,25	62,5	50,0	68,75	25,0	62,5	75,00	81,25	37,5	62,5
Jânio	93,75	93,75	93,75	43,75	37,5	62,5	75,0	75,0	68,75	62,5	68,75	68,75	75,0	81,25	100,0	68,75	75,0	75,0
Mário	100,0	100,0	87,50	75,0	87,5	87,5	87,5	100,0	81,25	93,75	100,0	93,75	100,0	100,0	100,0	81,25	93,75	87,5
Oscar	93,75	100,0	100,0	50,0	68,75	50,0	75,0	68,75	56,25	43,75	62,50	81,25	75,0	75,0	75,00	75,0	75,0	87,5
Ozias	81,25	68,75	68,75	68,75	56,25	50,0	62,50	62,	62,5	68,75	56,25	75,00	81,25	75,0	81,25	68,75	62,5	62,5
Sérgio	100,0	93,75	93,75	50,0	75,0	56,25	81,25	100,0	75,0	75,0	93,75	75,00	62,5	75,0	31,25	68,75	75,0	50,0

LB: Linha de base; Pós: Avaliação pós-intervenção; Seg: Avaliação no seguimento.

APÊNDICE 2

Tabela 2. Escores dos fatores do WHOQOL *bref*, na linha de base, momento pós-intervenção e no seguimento dos treze participantes

Participantes	Domínio físico			Domínio psicológico			Domínio das Relações Sociais			Domínio do Ambiente		
	LB	Pós	Seg	LB	Pós	LB	LB	Pós	Seg	LB	Pós	Seg
Amadeu	67,86	75,00	---	41,67	41,67	---	66,67	66,67	---	84,38	65,63	---
Artur	67,86	82,14	71,43	54,17	54,17	62,50	83,33	83,33	75,00	81,25	75,00	75,00
Berilo	85,71	89,29	75,00	50,00	58,33	54,17	75,00	100,00	91,67	65,63	71,88	68,75
Edgar	64,29	75,00	71,43	45,83	45,83	50,00	50,00	66,67	66,67	46,88	62,50	59,38
Eusébio	64,29	89,29	89,29	58,33	54,17	62,50	66,67	91,67	83,33	71,88	75,00	81,25
Franco	82,14	71,43	75,00	58,33	41,67	45,83	75,00	58,33	75,00	50,00	59,38	62,50
Fausto	53,57	78,57	---	54,17	50,00	---	58,33	66,67	---	46,88	68,75	---
Gastão	46,43	75,00	64,29	45,83	45,83	50,00	33,33	50,00	33,33	25,00	46,88	37,50
Jânio	82,14	78,57	78,57	58,33	50,00	50,00	66,67	66,67	75,00	71,88	71,88	75,00
Mário	96,43	89,29	100,00	58,33	62,50	58,33	91,67	83,33	83,33	78,13	65,63	71,88
Oscar	57,14	57,14	60,71	62,50	66,67	58,33	58,33	66,67	83,33	62,50	59,38	68,75
Ozias	70,83	57,14	67,86	41,67	45,83	45,83	66,67	75,00	75,00	68,75	59,38	56,25
Sérgio	89,29	82,14	82,14	54,17	58,33	54,17	75,00	75,00	66,67	68,75	81,25	68,75

LB: Linha de base; Pós: Avaliação pós-intervenção; Seg: Avaliação no seguimento.

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM IDOSO I

Neste questionário, sua contribuição está sendo solicitada para responder algumas questões sobre sua saúde. Por favor, forneça sua resposta para cada uma das questões apresentadas. Não existem respostas certas ou erradas, o importante é que o senhor expresse sua opinião e como costuma agir em cada situação.

Parte 1: Caracterização sociodemográfica

1. Qual o seu nome? _____
 2. Qual a sua idade? _____ anos (data de nascimento: ___/___/___)
 3. Qual a sua escolaridade?

<input type="checkbox"/> Analfabeto	<input type="checkbox"/> Médio incompleto
<input type="checkbox"/> Alfabetizado	<input type="checkbox"/> Médio completo
<input type="checkbox"/> Fundamental incompleto	<input type="checkbox"/> Superior incompleto
<input type="checkbox"/> Fundamental completo	<input type="checkbox"/> Superior completo
 4. Qual a sua religião?

<input type="checkbox"/> Não tenho religião	<input type="checkbox"/> Espírita
<input type="checkbox"/> Católica	<input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____
<input type="checkbox"/> Evangélica	
 5. O senhor está aposentado?

Não Sim.

Se sim, a quanto tempo? _____ Qual atividade exercia? _____
 6. O senhor trabalha atualmente?

Não Sim Se sim, em que? _____
 - 7. Qual o seu estado civil?**

<input type="checkbox"/> Casado ou em relação matrimonial estável (Tempo de união: _____)	<input type="checkbox"/> Solteiro
	<input type="checkbox"/> Viúvo
	<input type="checkbox"/> Separado/divorciado
 8. O senhor possui filhos?

Não Sim Se sim, quantos? _____
 9. Com quem o senhor mora?

<input type="checkbox"/> Sozinho	<input type="checkbox"/> Com netos
<input type="checkbox"/> Com esposa/companheira	<input type="checkbox"/> Com outros parentes
<input type="checkbox"/> Com filhos	<input type="checkbox"/> Com amigos
 10. Qual sua renda familiar?

<input type="checkbox"/> Menos de 500 reais por mês	<input type="checkbox"/> 2.001 a 3.000 reais por mês
<input type="checkbox"/> 501 a 1.000 reais por mês	<input type="checkbox"/> 3.001 a 4.000 reais por mês
<input type="checkbox"/> 1.001 a 2.000 reais por mês	<input type="checkbox"/> Mais de 4.000 reais
 11. O senhor possui algum plano de saúde?

Não Sim
 12. De quais atividades o Senhor participa no Centro de Convivência do Idoso?
-

Parte II: Autoavaliação da saúde e doenças autorreferidas

13. O que significa para o senhor “ter saúde”?

14. Em relação às frases apresentadas a seguir, faça um X nas alternativas de resposta que melhor se aplicam ao seu caso:

14.1. Sua saúde atualmente é...

1	2	3	4	5
/-----/-----/-----/-----/				
Péssima	Ruim	Regular	Boa	Ótima
()	()	()	()	()

14.1.1. O que leva o senhor a avaliar a sua saúde dessa forma?

14.3. As pessoas da sua idade que o senhor conhece em geral parecem...

() mais saudias do que o senhor () menos saudias do que o senhor () tão saudias quanto o senhor

14.4. Em comparação a quando o senhor era mais jovem, o senhor se sente...

() mais sadio agora () menos sadio agora () tão sadio quanto antes

15. Para cada um dos problemas de saúde relacionados, identifique aqueles que o senhor possui.

- () Pressão arterial alta
- () Problema cardíaco
- () Colesterol alto
- () Diabetes
- () Câncer
- () Artrite, artrose
- () Osteoporose, osteopenia
- () Problema pulmonar
- () Problema estomacal
- () Problema respiratório, asma, bronquite
- () Problemas em urinar, incontinência urinária
- () Problemas para dormir
- () Dores nas articulações, dores musculares
- () Dores nas costas, problemas de coluna
- () Dores de cabeça
- () Nervosismo, agitação
- () Depressão
- () Doenças sexualmente transmissíveis
- () AIDS
- () Obesidade
- () Outro(s) _____

Parte III - Busca e utilização dos serviços de saúde

16. Que local(is) o senhor costuma procurar quando não se sente bem?

- () Consultório médico particular () Farmácia
 () Centro ou posto de saúde () Não vou a lugar nenhum
 () Ambulatório público () Outro. Qual? _____
 () Serviço de emergência

17. Que tipo de serviço de saúde o senhor utiliza mais?

- () Serviço público () Serviço privado () Convênio (plano de saúde)

18. Dentre os exames e procedimentos listados abaixo, qual(is) o senhor realizou nos últimos 12 meses?

- () Medição da pressão arterial
 () Medição da taxa de glicose no sangue
 () Exames de sangue
 () Exames de urina e/ou fezes
 () Exames de imagem (Raio X, Ultrassonografia, etc.)
 () Exame de sangue para detecção do câncer de próstata (PSA)
 () Exame do toque retal para detecção do câncer de próstata
 () Teste HIV
 () Vacinação
 () Outro(s). Qual(is)? _____

19. Dentre estes exames médicos, qual o senhor acha mais difícil realizar? Por quê?

20. Dentre os tipos de atendimentos listados abaixo, qual(is) o senhor realizou nos últimos 12 meses?

- () Atendimento de emergência
 () Atendimento médico não emergencial
 () Atendimento psicológico
 () Atendimento nutricional
 () Atendimento odontológico
 () Atendimento fisioterápico
 () Outros. Quais? _____

21. O senhor esteve internado no último ano?

- () Não () Sim Se sim, qual(is) o(s) motivo(s)?

22. Quantas consultas médicas o senhor teve nos últimos doze meses?

- () 0 () 1 () 2 ou 3 () 4 ou 5 () 6 ou mais

23. Que tipos de especialista o senhor consultou nos últimos doze meses?

24. O senhor tem encontrado dificuldade para seguir a alguma(s) das recomendações que recebeu destes profissionais? Se sim, qual(is)?

Parte IV – Comportamentos preventivos e promotores de saúde

25. Em sua opinião, o que é necessário para ter um envelhecimento saudável?

26. O que o senhor tem feito para manter ou melhorar a sua saúde?

27. O senhor realiza as condutas mencionadas a seguir? Responda de acordo com a escala apresentada, marcando um X ao lado de cada frase.

1 = Nunca

2 = Raramente

3 = Às vezes

4 = Frequentemente

Práticas Preventivas	1	2	3	4
Praticar exercícios físicos				
Evitar ou diminuir o consumo de alimentos prejudiciais a saúde (sal, açúcar, gordura)				
Alimentar-se de forma saudável (frutas, verduras, fibras)				
Usar proteção à exposição ao sol (bonés, protetor solar)				
Beber água				
Beber bebida alcoólica de forma moderada ou não beber				
Não fumar				
Seguir as orientações dos profissionais de saúde				
Atuar nas consultas médicas de forma participativa				
Dormir no mínimo 6 horas por noite				
Fazer coisas que lhe ajudam a relaxar				
Ter controle das emoções				
Expressar sentimentos e necessidades para outras pessoas.				
Defender seus direitos e opiniões				
Buscar ajuda de outras pessoas quando precisa				
Buscar informações sobre como viver com mais saúde				
Atividades Gerais	1	2	3	4
Realizar tarefas domésticas. Ex.: limpar, cozinhar, consertar				
Buscar por serviços em geral. Ex: ir ao supermercado, ao banco				
Realizar atividades recreativas e sociais. Ex.: jogar, ir ao clube, ir a bailes, visitar parentes ou amigos				
Realizar atividades acadêmicas. Ex.: ler/estudar, fazer cursos				
Realizar atividades culturais. Ex.: ir ao cinema, teatro, shows				
Realizar atividades de deslocamento. Ex.: dirigir automóvel, usar transporte público sozinho (ônibus, metrô)				
Realizar atividades religiosas. Ex.: rezar, ir à igreja				

28. As pessoas podem ter problemas para agir de modo a estarem mais saudias. Dentre as dificuldades listadas abaixo, faça um X naquelas que o senhor encontra para cuidar melhor da sua saúde ou para buscar atendimentos de saúde.

() Falta de tempo.

() Medo de descobrir alguma doença grave.

() Vergonha de mostrar o corpo para o profissional de saúde.

() Falta de dinheiro ou pouco dinheiro.

() Ter que enfrentar filas para as consultas ou exames.

() Dificuldade de falar sobre suas necessidades.

-) Temor de ser visto como fraco ou medroso.
-) Falta de informações ou orientações adequadas.
-) Falta de interesse. Não acha que seja necessário.
-) Problemas de transporte.
-) Cansaço, estresse.
-) Crença de que não há o que possa fazer.
-) Falta de apoio de familiares/amigos.
-) Dificuldade de acesso ao serviço público de saúde.
-) Outro(s) _____

29. Que pessoa(s) o ajuda(m) a cuidar da sua saúde?

30. Como essa(s) pessoa(s) o ajuda(m) nos cuidados com a sua saúde? Faça um X nas alternativas de respostas que se aplicam ao seu caso.

-) Lembrá-lo de tomar a medicação.
-) Cuidar para que tenha uma alimentação mais saudável.
-) Incentivá-lo a fazer exercícios físicos.
-) Acompanhá-lo nas consultas médicas.
-) Ouvir suas dificuldades e preocupações.
-) Levá-lo ao hospital ou posto de saúde quando necessário.
-) Ajudá-lo a comprar os remédios.
-) Orientá-lo ou aconselhá-lo sobre os cuidados com a saúde.
-) Dar-lhe informações sobre modos de prevenir ou tratar doenças.
-) Confortá-lo quando está triste ou preocupado com a sua saúde.
-) Outros, quais? _____

Parte V - Definição de metas de saúde

31. Além do que o senhor já faz, o que mais o senhor acredita que poderia fazer para ter melhor saúde?

-) Praticar exercícios físicos com maior frequência.
-) Alimentar-se de forma mais saudável.
-) Diminuir o estresse.
-) Beber menos bebida alcoólica.
-) Parar de fumar.
-) Seguir melhor as orientações dos profissionais de saúde.
-) Realizar exames preventivos com maior regularidade.
-) Visitar mais o médico.
-) Atuar nas consultas médicas de forma mais participativa.
-) Evitar ou diminuir o consumo de alimentos que prejudicam a saúde.
-) Expressar melhor seus sentimentos e necessidades para outras pessoas.
-) Buscar mais informações sobre como viver melhor e com mais saúde.
-) Relacionar-se mais.
-) Ter maior controle de suas emoções.
-) Ter maior satisfação em viver.
-) Outros. _____

32. Sobre o que o senhor gostaria de conversar e aprender em relação aos cuidados com a saúde na velhice?

Muito obrigado por sua colaboração!

Data:/...../..... Início:..... Término: Duração:

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM IDOSO II

Nome: _____ Idade: _____ anos

Parte I - Autoavaliação da saúde e doenças autorreferidas

1. O que significa para o senhor “ter saúde”?

2. Como o senhor avalia a sua saúde atualmente?

1	2	3	4	5
/-----/-----/-----/-----/				
Péssima	Ruim	Regular	Boa	Ótima
()	()	()	()	()

2.1. O que leva o senhor a avaliar a sua saúde dessa forma?

3. Há algum problema de saúde que o senhor tenha descoberto recentemente?

Parte II - Busca e utilização dos serviços de saúde

4. Dentre os exames e procedimentos listados abaixo, qual(is) o senhor realizou nos últimos três meses?

- () Medição da pressão arterial
- () Medição da taxa de glicose no sangue
- () Exames de sangue
- () Exames de urina e fezes
- () Exames de imagem (Raio X, Ultrassonografia, etc.)
- () Exame de sangue para detecção do câncer de próstata (PSA)
- () Exame do toque retal para detecção do câncer de próstata
- () Teste HIV
- () Vacinação
- () Outro(s). Qual(is)? _____

5. Dentre os tipos de atendimentos listados abaixo, qual(is) o senhor realizou nos últimos três meses?

- () Atendimento de emergência
- () Atendimento médico não emergencial
- () Atendimento psicológico
- () Atendimento nutricional
- () Atendimento odontológico
- () Atendimento fisioterápico
- () Outros. Quais? _____

6. Quantas consultas médicas o senhor teve nos últimos três meses?

- () 0 () 1 () 2 ou 3 () 4 ou 5 () 6 ou mais

7. Que tipos de especialista o senhor consultou nos últimos três meses?

Parte III - Comportamentos preventivos e promotores de saúde

8. Em sua opinião, o que é necessário para ter um envelhecimento saudável?

9. Em termos de cuidados com a sua saúde, o que o senhor tem feito para manter ou melhorar a sua saúde?

10. Como o senhor avalia seu desempenho em cada atividade apresentada a seguir. Responda de acordo com a escala apresentada, marcando um X ao lado de cada frase.

1 = Nunca

2 = Raramente

3 = Às vezes

4 = Frequentemente

Atividades ou Ações	1	2	3	4
Praticar exercícios físicos				
Evitar ou diminuir o consumo de alimentos prejudiciais a saúde (sal, açúcar, gordura)				
Alimentar-se de forma saudável (frutas, verduras, fibras)				
Beber bebida alcoólica de forma moderada ou não beber				
Não fumar				
Seguir as orientações dos profissionais de saúde				
Tomar os remédios prescritos pelo médico				
Realizar exames preventivos				
Visitar o médico				
Atuar nas consultas médicas de forma participativa				
Dormir no mínimo 6 horas por noite				
Fazer coisas para relaxar / diminuir o estresse				
Ter controle das emoções				
Expressar sentimentos e necessidades para outras pessoas.				
Defender seus direitos e opiniões				
Buscar ajuda de outras pessoas quando precisa				
Buscar informações sobre como viver com mais saúde				

11. Que dificuldades o senhor encontra para cuidar melhor da sua saúde ou para buscar atendimentos de saúde?

() Falta de tempo.

() Medo de descobrir alguma doença grave.

() Vergonha de mostrar o corpo para o profissional.

() Falta de dinheiro ou pouco dinheiro.

() Ter que enfrentar filas para as consultas ou exames.

() Dificuldade de falar sobre suas necessidades.

() Temor de ser visto como fraco ou medroso.

() Falta de informações ou de orientação adequada dos profissionais de saúde.

() Falta de interesse. Não acha que seja necessário.

() Problemas de transporte.

() Cansaço, estresse.

() Crença de que não há o que possa fazer.

() Falta de apoio de familiares/amigos.

() Falta de eficiência do serviço público de saúde.

() Outro(s) _____

Parte IV - Avaliação das sessões grupais

12. O que o senhor acredita que aprendeu no grupo?
13. Quais os temas que mais apreciou e quais os temas que menos apreciou?
14. Quais as atividades ou experiências que mais gostou e quais as que menos gostou?
15. Como acredita que vai aproveitar a experiência do grupo em sua vida?
16. O que o senhor sugere para melhorar este tipo de encontro?

Muito obrigado por sua colaboração!

Data:/...../.....

Início:..... Término: Duração:

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM IDOSO III

Nome: _____ Idade: _____ anos

Parte I - Autoavaliação da saúde

1. Como o senhor avalia a sua saúde atualmente?

1	2	3	4	5
/-----/	/-----/	/-----/	/-----/	/-----/
Péssima	Ruim	Regular	Boa	Ótima
()	()	()	()	()

2. O que leva o senhor a avaliar a sua saúde dessa forma?

3. Há algum problema de saúde que o senhor tenha descoberto ter recentemente? Se sim, qual?

Parte II - Busca e utilização dos serviços de saúde

4. Dentre os exames e procedimentos listados abaixo, qual(is) o senhor realizou nos últimos quatro meses?

- () Medição da pressão arterial
- () Medição da taxa de glicose no sangue
- () Exames de sangue
- () Exames de urina e fezes
- () Exames de imagem (Raio X, Ultrassonografia, etc.)
- () Exame de sangue para detecção do câncer de próstata (PSA)
- () Exame do toque retal para detecção do câncer de próstata
- () Teste HIV
- () Vacinação
- () Outro(s). Qual(is)? _____

5. Dentre os tipos de atendimentos listados abaixo, qual(is) o senhor realizou nos últimos quatro meses?

- () Atendimento de emergência
- () Atendimento médico não emergencial
- () Atendimento cirúrgico
- () Atendimento psicológico
- () Atendimento nutricional
- () Atendimento odontológico
- () Atendimento fisioterápico
- () Outros. Quais? _____

6. Quantas consultas médicas o senhor teve nos últimos quatro meses?

- () 0 () 1 () 2 ou 3 () 4 ou 5 () 6 ou mais

7. Que tipos de especialista o senhor consultou nos últimos quatro meses?

Parte III - Comportamentos preventivos e promotores de saúde

8. Em uma escala de 1 a 4, avalie seu desempenho em cada atividade apresentada no quadro abaixo, respondendo com que frequência o senhor as tem realizado.

- 1 = Nunca
 2 = Raramente
 3 = Às vezes
 4 = Frequentemente

Atividades	1	2	3	4
Praticar exercícios físicos				
Evitar ou diminuir o consumo de alimentos prejudiciais a saúde (sal, açúcar, gordura)				
Alimentar-se de forma saudável (frutas, verduras, fibras)				
Usar proteção à exposição ao sol (bonés, protetor solar)				
Beber água				
Beber bebida alcoólica de forma moderada ou não beber				
Não fumar				
Seguir as orientações dos profissionais de saúde				
Tomar os remédios prescritos pelo médico				
Realizar exames preventivos				
Atuar nas consultas médicas de forma participativa				
Dormir no mínimo 6 horas por noite				
Fazer coisas para relaxar / diminuir o estresse				
Ter controle das emoções				
Expressar sentimentos e necessidades para outras pessoas				
Defender seus direitos e opiniões				
Buscar ajuda de outras pessoas quando precisa				
Buscar informações sobre como viver com mais saúde				

9. Que dificuldades o senhor tem encontrado para cuidar melhor da sua saúde ou para buscar atendimentos de saúde?

- () Falta de tempo.
 () Medo de descobrir alguma doença grave.
 () Vergonha de mostrar o corpo para o profissional.
 () Falta de dinheiro ou pouco dinheiro.
 () Ter que enfrentar filas para as consultas ou exames.
 () Dificuldade de falar sobre suas necessidades.
 () Temor de ser visto como fraco ou medroso.
 () Falta de informações ou de orientação adequada dos profissionais de saúde.
 () Falta de interesse. Não acha que seja necessário.
 () Problemas de transporte.
 () Cansaço, estresse.
 () Crença de que não há o que possa fazer.
 () Falta de apoio de familiares/amigos.
 () Falta de eficiência do serviço público de saúde.
 () Outro(s) _____

Parte IV - Avaliação das sessões grupais

10. De um a cinco, qual o seu nível de satisfação com o grupo sobre a saúde do homem do qual participou? Por que?

1-----2-----3-----4-----5
 Insatisfeito Pouco satisfeito Nem satisfeito Satisfeito Muito satisfeito
 Nem insatisfeito

11. De um a cinco, qual o seu nível de satisfação com a sua própria participação no grupo? Por que?

1-----2-----3-----4-----5
Insatisfeito Pouco satisfeito Nem satisfeito Satisfeito Muito satisfeito
Nem insatisfeito

Muito obrigado por sua colaboração!

Data:/...../.....

Início:..... Término: Duração:

ANEXO 4

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1(G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2(G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão completamente** você tem sentido ou J capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10(F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	Você J capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **Quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim	bom	muito bom
15(F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16(F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26(F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 5



WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO **NAO** DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM **EM CONJUNTO** COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

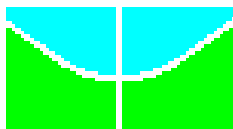
old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

VOCÊ TEM ALGUM COMENTÁRIO SOBRE O QUESTIONÁRIO?

OBRIGADO(A) PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO 6



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento
Programa de Pós-Graduação Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor,

Meu nome é **Lilian Maria Borges**, sou doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde da **Universidade de Brasília**, e estou realizando uma pesquisa, sob a orientação da Professora Dra. Eliane Maria Fleury Seidl, que constitui parte do trabalho de tese que vou apresentar para obtenção do grau de Doutora em Psicologia.

O senhor está sendo convidado a participar desta pesquisa, que tem por finalidade desenvolver uma intervenção psicológica em grupo para melhorar os cuidados com a própria saúde de homens com idade superior a 60 anos nos. Para tanto, a pesquisa prevê a contribuição dos participantes em três momentos distintos: (1) uma avaliação inicial individual, com a realização de entrevistas e aplicação de questionários; (2) a participação em oito encontros semanais, em dia, horário e local previamente definidos, para as atividades grupais e (3) duas avaliações finais individuais, logo após o término das sessões de intervenção e três meses após, em que novas entrevistas serão realizadas. Suas respostas nas entrevistas deverão ser gravadas em áudio e as sessões de intervenção serão filmadas.

As informações obtidas poderão ser apresentadas em encontros científicos e publicadas em revistas especializadas, no entanto não serão divulgadas de forma a possibilitar sua identificação.

Os benefícios esperados com essa pesquisa se referem à possibilidade de construção de um conhecimento que possa auxiliar profissionais da área de saúde em suas práticas junto a homens idosos, bem como auxiliar os participantes nos cuidados com a própria saúde.

Esclareço, ainda, que sua participação deve ser espontânea e que será gratuita, assim como dentro de sua disponibilidade de tempo e de seu interesse. A qualquer momento, o senhor poderá encerrar sua participação, sem penalização alguma. Coloco-me a disposição para novos esclarecimentos, antes e durante a pesquisa, bem como para, ao final do trabalho, fornecer-lhe um resumo de seus resultados e conceder-lhe as orientações e ajuda que se mostrarem necessárias. Qualquer dúvida, o senhor poderá esclarecer pessoalmente ou contactar-me pelo telefone XXXX-XXXX.

Se contar, portanto, com a sua colaboração, por favor, preencha os dados abaixo e assine, em duas vias, este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Atenciosamente,

Lilian Maria Borges

Sim, eu _____, concordo em participar como voluntário da pesquisa mencionada acima.

Assinatura: _____

Brasília, ____/____/____

ANEXO 7

PLANEJAMENTO DAS SESSÕES

Grupo “Envelhecer bem: promoção da saúde do homem”

Primeiro Encontro – Sessão 1

- No. de idosos participantes: 08

1. Temas norteadores:

- O grupo como fonte de aprendizagem e apoio.
- Os limites e as potencialidades do envelhecimento.

2. Objetivos:

- Favorecer a integração inicial dos participantes e realizar o contrato grupal.
- Discutir a importância e as possibilidades do “envelhecer bem”.

3. Abertura

- Cumprimentos iniciais. Distribuição de crachás. Passagem da lista de frequência
- Agradecimentos pela participação e retomada dos objetivos do trabalho.

4. Apresentações - Dinâmica: Se eu fosse um animal...

Cada participante é solicitado a escolher, a partir de um grupo de figuras de animais, o bicho com o qual mais se identifica e a destacar para o grupo uma característica que tem em comum com o mesmo.



5. Exposição dialogada

- Refletindo sobre o valor da aprendizagem em grupo (uso de slides com textos e imagens).
- Contrato grupal: assiduidade, pontualidade, ouvir (silenciar), falar (participar), sigilo, apoio mútuo.

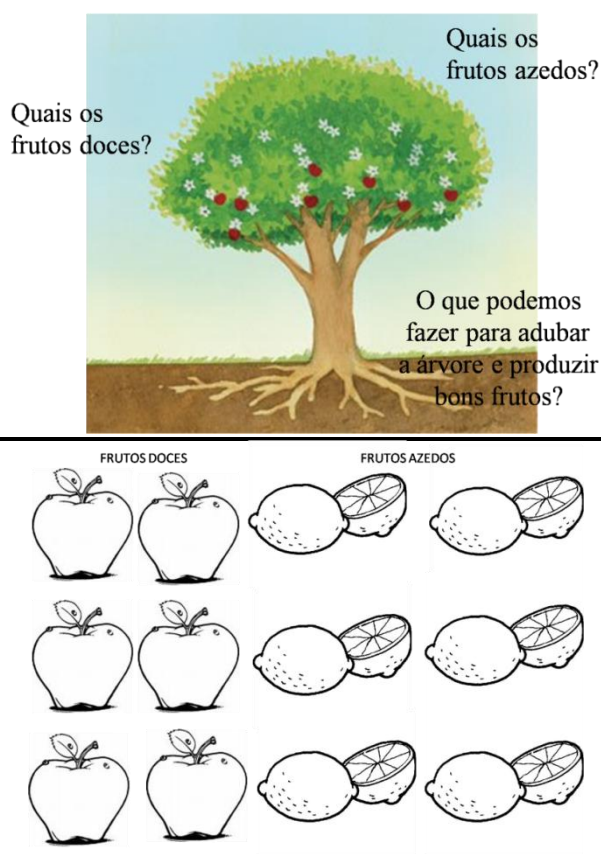
- 6. Discussão de vídeo: Envelhecendo em um minuto.** Acessado em <http://www.youtube.com/watch?v=7y4gGu5mEWM>



7. Dinâmica: A árvore e os frutos do envelhecimento.

A partir da projeção da figura de uma árvore que simboliza a vida, a coordenadora introduz uma reflexão sobre o envelhecimento e pede que cada participante escreva em pedaços de papel, na forma de maçã ou limão, o que o envelhecimento trouxe na vida de cada um como conquista e realizações (frutos doces) e, por outro lado, como dificuldades ou limites (frutos azedos). Os participantes são solicitados a relatar seus frutos doces e azedos, permitindo um panorama geral dos ganhos e das perdas relacionados ao envelhecimento na percepção dos membros do grupo. Após a leitura geral, abre-se para aprofundamento e debate em torno das experiências. Na segunda parte, é solicitado ao grupo que “adube a árvore da vida”, indicando o que deveria ser mudado para que bons frutos possam ser mais acessíveis aos idosos. A coordenadora encerra o trabalho sintetizando e ampliando os caminhos de construção social do envelhecimento saudável (adaptado de Assis, 2002)

A árvore e os frutos do envelhecer



8. Encerramento

- Entregar folhetos com dia e horário dos encontros semanais do grupo.
- Exibir mensagem para reflexão: “A velhice”, de Olavo Bilac (slides show).

“Olha estas belas árvores, mais belas do que as árvores mortas, mais amigas, tanto mais belas quanto mais antigas. Vencedoras da idade e das procelas... O homem, a fera e o inseto, à sombra delas vivem, livres da fome e de fadigas. E em seus galhos abrigam-se as cantigas e os amores das aves tagarelas. Não choremos, amigo, a mocidade! Envelheçamos rindo. Envelheçamos Como as árvores fortes envelhecem, na glória de alegria e da bondade, agasalhando os pássaros nos ramos, dando sombra e consolo aos que padecem!”

- Despedir-se, desejar boa semana e agradecer pela participação.

Segundo Encontro – Sessão 2

- **No. de idosos participantes:** 12

1. Tema norteador:

- A Saúde do homem.

2. Objetivos:

- Estabelecer metas grupais e definir temas norteadores para os próximos encontros.
- Discutir diferenças no processo de envelhecimento entre homens e mulheres.
- Refletir sobre o significado de “ser homem” na sociedade atual e discutir suas implicações para os cuidados com a saúde.

3. Abertura

- Distribuir crachás. Cumprimentar e dar as boas-vindas aos participantes. Passar lista de frequência.

4. Aquecimento

- Recordar e resumir o tema tratado no encontro anterior.

5. Estabelecer metas grupais a serem trabalhadas nos próximos encontros a partir da apresentação e discussão de dados preliminares das avaliações iniciais com os participantes, incluindo doenças mais referidas, dificuldades apontadas para o autocuidado e principais metas de saúde informadas.

6. Mensagem para reflexão sobre o trabalho em grupo:

- Leitura e discussão do texto “O Marceneiro e as Ferramentas”, de autor desconhecido.

“Contam que, em uma marcenaria, houve uma estranha assembléia. Foi uma reunião onde as ferramentas se juntaram para acertar suas diferenças. Um martelo estava exercendo a presidência, mas os participantes exigiram que ele renunciasse. A causa? Fazia demasiado barulho e, além do mais, passava todo tempo golpeando. O martelo aceitou sua culpa, mas pediu que também fosse expulso o parafuso, alegando que ele dava muitas voltas para conseguir algo. Diante do ataque, o parafuso concordou, mas, por sua vez, pediu a expulsão da lixa. Observou que ela era muito áspera no tratamento com os demais, entrando sempre em atritos. A lixa acatou, com a condição de que se expulsasse também o metro, que sempre media os outros segundo a sua medida, como se fosse o único perfeito. Nesse momento, entrou o marceneiro, juntou todas as ferramentas e iniciou o seu trabalho. Utilizou o martelo, a lixa, o metro, o parafuso. E a rústica madeira se converteu em belos móveis, úteis e funcionais! Quando o marceneiro foi embora para casa, as ferramentas voltaram à discussão. Mas o serrote adiantou- se e disse: - Senhores, hoje ficou demonstrado que temos defeitos, mas o marceneiro trabalha com nossas qualidades, ressaltando nossos pontos valiosos... Portanto, em vez de pensar em nossas fraquezas, devemos nos concentrar em nossos pontos positivos! Então, a assembléia entendeu que o martelo era forte, o parafuso unia e dava força, a lixa era especial para limpar a afinar asperezas, o metro era preciso e exato. Todos se

sentiram como uma equipe, capaz de produzir com qualidade... E uma grande alegria tomou conta de todos pela oportunidade de trabalharem juntos”.

7. Exposição dialogada.

- Apresentar o tema principal do encontro, com perguntas aos participantes acerca de suas concepções sobre o assunto e favorecimento da troca de informações e experiências.
 - Abordagem dos seguintes pontos: diferenças na expectativa média de vida entre homens e mulheres, masculinidade idealizada e comportamentos de risco, padrões de comportamento masculinos em relação aos cuidados com a saúde, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e tipos de autocuidado (uso de slides com textos e imagens).

8. Exibição e discussão de vídeos

- Vídeo 1. Vídeo do Ministério da Saúde, elaborado para a divulgação da Política Nacional da Saúde do Homem (1:01).
(http://www.youtube.com/watch?v=ztC5PiR7_AE)
- Vídeo 2. Vídeo da campanha do Ministério da Saúde “Machismo não combina com saúde” (1:01). (<http://www.youtube.com/watch?v=u2PraFlpsoc&feature=related>)



9. Dinâmica: Leitura de carta fictícia de um homem com diagnóstico de câncer de próstata, com o questionamento final “o que responderiam a ele?”

“Nos últimos três anos, tenho passado por sérias transformações na minha vida e tudo gira em torno de uma doença chamada câncer de próstata. Não sei se já ouviu falar disso, mas o médico disse que tenho possibilidades de viver. Eu sei e quero acreditar nisso, mas às vezes é difícil. Desde que recebi a notícia tenho andado pensativo. Penso que poderia ter me prevenido. O doutor disse que se tivesse feito a prevenção, o câncer poderia ter sido tratado no início e o quadro poderia ser menos grave.

Confesso, eu tinha muita vergonha de realizar o exame, o tal exame de toque. Muitos amigos meus já tinham feito, mas eu tinha vergonha. Não sei, pensava que poderia virar gay. Tinha medo de ser tocado. Eu sou macho! Até tinha informações, mas tinha muito preconceito também. Tinha medo de doer. O médico falou que mesmo que o homem não sinta dor, pode experimentar desconforto físico e psicológico de estar sendo tocado. Não entendi muito o que ele quis dizer.

Hoje eu sei que tudo era imaginação da minha cabeça, mas mexeu muito com minha pessoa. Se eu soubesse que o câncer de próstata é o segundo mais comum entre a população masculina, sendo superado apenas pelo câncer de pele, teria me prevenido a mais tempo. O médico falou que o ideal é começar a partir dos 40 anos a fazer a prevenção. Mas eu só fui me ligar quando já estava sentindo umas coisas esquisitas. Acordava toda noite várias vezes para urinar e sentia uma dor horrível. O pior era que não saía quase nada. O jato de urina era

fraco e fino. Daí fui ao clínico geral, que me encaminhou para o urologista. Ele me pediu um PSA, uma ecografia e o exame físico. Eu fiz todos. E depois fiz a biópsia. O diagnóstico foi de câncer de próstata. No dia eu não acreditei, até procurei outro médico, mas foi a mesma coisa. Depois fiquei muito triste, pensava que poderia não sobreviver. E por que isso aconteceu comigo? Eu não sei. Só me resta aceitar a doença e fazer o tratamento. Tenho medo, estou muito ansioso. O médico me explicou que o tratamento pode ser de radioterapia, com hormônios, quimioterapia ou uma cirurgia. No meu caso, uma cirurgia basta. E se essa cirurgia der errado. Eu estou confuso. O médico falou que não tem muitas complicações, mas eu tenho medo de ficar impotente. Diante desta situação, venho até você pedir ajuda. Será que você pode me ajudar?”

10. Avaliação

- Solicitar aos participantes que expressem por escrito, em poucas palavras, o que acharam do encontro, completando as seguintes frases: “que bom...”, “que pena...” e “que tal...”.



<p style="text-align: center;">“Que bom...”</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p style="text-align: center;">“Que pena...”</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p style="text-align: center;">“Que tal...”</p> <hr/> <hr/> <hr/>
--	---	--

11. Encerramento

- Apresentar as conclusões e um resumo breve da sessão, sintetizando as principais questões apontadas.
- Despedir-se, desejar boa semana e agradecer pela participação.

Terceiro Encontro – Sessão 3

- No. de idosos participantes: 09

1. Tema norteador:

- O adoecer e o cuidar de si: mantendo as doenças crônicas sob controle.

2. Objetivos:

- Gerar reflexão e expressão de sentimentos acerca do adoecimento e de seu tratamento e proporcionar a troca de experiências.
- Discutir sobre formas de reagir ao adoecimento.
- Discutir dificuldades e esforços em seguir o tratamento.

3. Abertura

- Distribuir crachás. Cumprimentar e dar as boas-vindas aos participantes. Passar lista de frequência.

4. Aquecimento

- Recordar e resumir o tema tratado no encontro anterior (Saúde do homem). Apresentar o tema principal do encontro e situar sua importância.

5. Exposição dialogada

- Apresentar oralmente conteúdo informativo sobre as doenças crônicas, incluindo suas características, as diferenças entre ter uma doença, sentir-se doente e comportar-se como doente, as perdas (reais e imaginárias) e ganhos secundários do adoecimento, as reações psicológicas comuns frente ao adoecer e seus efeitos e as novas concepções sobre o viver com DC.

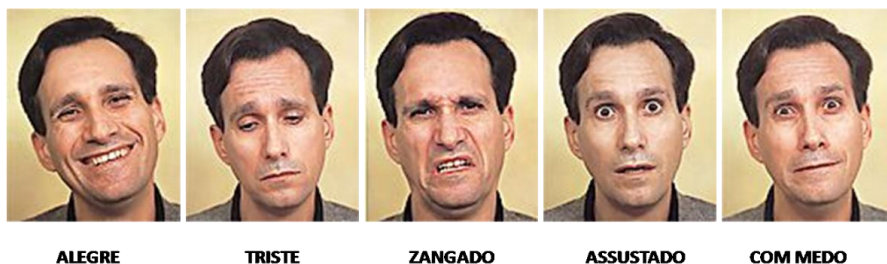
6. Dinâmica: Bate papo em dupla

- Definir as duplas a partir da distribuição de frases complementares, quando alguns participantes (que saíram com as frases iniciais, impressas em cor vermelha e com o número 1) são solicitados a ler suas frases e os demais a identificar se estão de posse da frase complementar correspondente (em fonte azul e sinalizadas com o número 2). Exemplos de frases utilizadas: Eu sou um rádio sem música . Eu sou a música do seu rádio. Eu sou um aquário sem peixes. Eu sou o peixe do seu aquário. Eu sou um céu sem nuvem. Eu sou a nuvem do seu céu. Eu sou uma jóia sem brilho. Eu sou o brilho da sua joia. Eu sou uma vida sem alegria. Eu sou a alegria da sua vida. Eu sou uma vela sem chama. Eu sou a chama da sua vela. Eu sou uma caneta sem tinta. Eu sou a tinta da sua caneta. Em seguida, solicitar aos componentes de cada dupla que conversem a respeito das seguintes questões lançadas para reflexão e discussão: “Que lugar a doença ocupa em minha vida?”, “O que ela me impede de realizar?”, “Que sentimentos a doença e seu tratamento me despertam?” “É possível viver uma vida saudável apesar da doença?”

7. Dinâmica: Reconhecendo e expressando sentimentos sobre a doença

- Solicitar aos participantes que escolham e apresentem expressões faciais que representam como se sentem diante da doença, das limitações que provoca e de seu tratamento. Em seguida, discutir os sentimentos envolvidos nos cuidados diante da doença.

“Que sentimentos a doença me desperta?”



“Que sentimentos o tratamento me desperta?”



8. Dinâmica: Ditado populares

- Fornecer uma relação escrita de ditados populares a cada participante e solicitar que escolham um ou dois ditados que lembrem uma situação vivida em relação à sua condição de saúde e/ou tratamento. Conversar no grupo sobre essas escolhas. (adaptado de Afonso, 2010).

A união faz a força. Agora, Inês é morta. Água mole em pedra dura, tanto bate até que fura. Antes tarde do que nunca. As aparências enganam. Cada cabeça, uma sentença. Cada coisa a seu tempo. Cada macaco no seu galho. Cautela nunca é demais. De grão em grão, a galinha enche o papo. De moeda em moeda se faz uma fortuna. Depois da tormenta, sempre vem à bonança. Desgraça pouco é bobagem. Devagar se vai longe. Dizei-me com quem andas e eu te direi quem és. É melhor prevenir do que remediar. É na necessidade que se conhece o amigo. Em casa de ferreiro, espeto de pau. Em rio que tem piranha, jacaré nada de costas. Em terra de cego, quem tem um olho é rei. Falar é prata, calar é ouro. Gato escaldado tem medo de água fria. Mais vale um pássaro na mão do que cem voando. Na cama que farás, nela te deitarás. Nada como um dia após o outro. Não adianta chorar sobre o leite derramado. Não confie na sorte. O triunfo nasce da luta. Não conte com o ovo na barriga da galinha. Não há bem que sempre dure, nem mal que nunca se acabe. Não há marcas que o tempo não apague. Nem tudo que reluz é ouro. Nunca puxe o tapete dos outros, afinal você também pode estar em cima dele. Pense duas vezes antes de agir. Pense rápido, fale devagar. Pequenos riachos formam grandes rios. Quem espera sempre alcança. Quem não tem cão caça com gato. Quem semeia ventos, colhe tempestades. Quem tem pressa come cru. Quem tudo quer, tudo perde. Se cair, do chão não passa. Um homem prevenido vale por dois. Uma andorinha só não faz verão.

10. Avaliação

Solicitar aos participantes que expressem por escrito, em poucas palavras, o que acharam do encontro, completando as seguintes frases: “que bom...”, “que pena...” e “que tal...”.



“Que bom...”	“Que pena...”	“Que tal...”
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

11. Encerramento

- Apresentar as conclusões e um resumo breve da sessão, sintetizando as principais questões apontadas.
- Mensagem para reflexão: leitura de uma parte do texto “Escutatório”, de Rubem Alves, acessado em <http://www.rubemalves.com.br/escutatorio.htm>
- Tarefa para casa – disponibilizar e orientar a leitura de texto sobre “doenças crônicas e o envelhecimento”, acessado em <http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/geral/doencas-cronicas-e-o-envelhecimento.html>
- Despedir-se, desejar boa semana e agradecer pela participação.

Quarto Encontro – Sessão 4

- No. de idosos participantes: 09

1. Temas norteadores:

- O significado de ter saúde.
- A relação entre comportamentos e saúde.

2. Objetivos:

- Refletir sobre o significado de ter saúde, preparando a abordagem de outros temas focados em aspectos psicossociais da saúde.
- Compreender a saúde dentro de uma perspectiva ampla e integradora.
- Reconhecer a relação entre a forma de agir do indivíduo e seus pensamentos e sentimentos prevalentes.

3. Abertura

- Distribuir crachás. Cumprimentar e dar as boas-vindas aos participantes. Passar lista de frequência.

4. Aquecimento

- Recordar e resumir os temas tratados nos três encontros iniciais.
- Estimular comentários acerca da leitura do texto sobre doenças crônicas, entregue na sessão anterior.
- Perguntar sobre como estão se sentindo no grupo.

5. Dinâmica: refletindo sobre o significado de ter saúde

- Distribuir, aleatoriamente, entre os participantes, frases sobre a saúde atribuídas a pessoas públicas (duas ou três frases para cada um) e solicitar que emitam comentários ou reflexões a respeito. Ao longo das apresentações, introduzir o conceito de saúde conforme o modelo biopsicossocial e situar a importância do autoconhecimento e das relações sociais para uma boa saúde.

Frases sobre saúde utilizadas: "A saúde é o resultado não só de nossos atos como também de nossos pensamentos" (Mahatma Gandhi); "A saúde é conservada pelo conhecimento e observação do próprio corpo" (Cícero); "Prefiro ter saúde a ser rico" (Cícero); "Come pouco ao almoço e menos ainda ao jantar, que a saúde de todo o corpo constrói-se na oficina do estômago" (Miguel de Cervantes); "A única maneira de conservar a saúde é comer o que não se quer, beber o que não se gosta e fazer aquilo que se preferiria não fazer" (Mark Twain); "Estar sempre de acordo consigo mesmo: não conheço melhor atestado de boa saúde" (François Mitterrand); "O segredo da saúde da mente e do corpo está em não lamentar o passado, em não se afligir com o futuro e em não antecipar preocupações; mas está no viver sabiamente e seriamente o presente momento" (Buda); "Não sabemos avaliar a saúde quando a temos, lamentamos a sua falta quando a perdemos" (Marquês de Maricá); "A boa saúde é mais agradável àqueles que retornaram de grave doença do que àqueles que nunca tiveram o corpo doente" (Cícero); "Os homens perdem a saúde para juntar dinheiro e depois perdem o dinheiro para recuperar a saúde. Vivem pensando ansiosamente no futuro, de tal forma que acaba por não viver nem o presente, nem o futuro. Vivem como se nunca fossem morrer e morrem como se nunca tivessem vivido" (Dalai Lama); "O maior erro que um homem pode cometer é sacrificar a sua saúde a qualquer outra vantagem" (Arthur Schopenhauer); "É parte da cura o desejo de ser curado" (Sêneca); "A raiva prejudica o sossego da vida e a saúde do corpo, ofusca o julgamento e cega a razão" (Denis Diderot); "Os velhos invejam a saúde e o vigor dos moços, mas estes não invejam o juízo e a prudência dos velhos: uns conhecem o que perderam, os outros desconhecem o que lhes falta" (Marquês de Maricá); "Por saúde, quero dizer a possibilidade de levar uma vida

completa, adulta, viva, em que eu esteja em estado de respirar em comunhão com aquilo de que gosto” (Katherine Mansfield); “A saúde e o prazer são para o homem o que o sol e o ar são para as plantas” (Massilon); "Deus sussurra a nós na saúde e prosperidade, mas, sendo maus ouvintes, deixamos de ouvir a voz de Deus. Então Ele gira o botão do amplificador por meio do sofrimento. Aí então ouvimos o ribombar de Sua voz" (C.S.Lewis); "A idade não depende dos anos, mas sim do temperamento e da saúde; umas pessoas já nascem velhas, outras jamais envelhecem" (Tyron Edwards).

6. Dinâmica: relação entre comportamento e emoções

- Ilustrar como os pensamentos e comportamentos podem mudar o humor a partir da leitura de um caso fictício. Questionar os participantes sobre como avaliaram a situação descrita.

Caso: Um senhor de 70 anos, chamado Samuel, deveria fazer um exame escrito para renovar sua carteira de motorista. Ele cometeu alguns erros no exame, mas acertou um número suficiente de questões para passar no teste e sua carteira foi renovada. Normalmente, fica-se aliviado, e até mesmo feliz, por ter ultrapassado esse obstáculo. Mas não Samuel. Enquanto dirigia para casa, ele começou a remoer os erros que cometeu e ficou tão preocupado com eles que perdeu de vista o fato de ter passado no exame. Assim, ele ficou triste e se sentindo mal por ter cometido alguns erros. Samuel começou a censurar-se por causa de suas limitações intelectuais e estava tão preocupado que, a caminho de casa, entrou na rua errada. Ele achou que essa era mais uma prova de como sua cabeça estava ruim. Ele pensou: “Eu devo estar cometendo erros em tudo. Aposto como meu talão de cheques está uma bagunça. É apenas mais uma prova que meu cérebro está falhando. Meu médico vai descobrir que tenho mal de Alzheimer”. Quando Samuel chegou em casa, ele estava tremendo e passou o resto do dia em seu quarto, incapaz de conversar ou contar as boas notícias sobre seu exame. Sua família pensou que ele havia sido reprovado e tentavam planejar o que fazer para animá-lo. (adaptado de Straub, 2005)

Como Samuel poderia ter se sentido se não se envolvesse na filtragem negativa e como você teria reagido em uma situação semelhante?

7. Fechamento

Despedir-se, desejar boa semana e agradecer pela participação.

Observação: Não houve tempo disponível para a mensagem de reflexão e a avaliação final, pois os participantes foram liberados mais cedo para participarem de uma confraternização.

Quinto Encontro – Sessão 5

- No. de idosos participantes: 09

1. Temas norteadores:

- As dimensões da saúde.
- Dimensão social da saúde: assertividade e empatia.

2. Objetivos:

- Destacar diferentes dimensões da saúde, com ênfase em seus aspectos psicossociais.
- Discutir a adequação de diferentes formas de agir socialmente.
- Gerar reflexão sobre as características do próprio desempenho social.
- Motivar para o exercício da assertividade e da empatia nas relações interpessoais.

3. Abertura

- Distribuir crachás. Cumprimentar e dar as boas-vindas aos participantes. Passar lista de frequência.

4. Aquecimento

- Retomar aspectos abordados no encontro passado e situar a importância do tema norteador do encontro atual.

5. Dinâmica: Estrela da saúde

- Entregar aos participantes o desenho de uma estrela de cinco pontas, contendo em seu centro a palavra saúde e em cada ponta uma das dimensões desta: física, social, cognitiva, emocional e espiritual. Questionar o grupo sobre as dimensões da saúde com as quais estavam mais satisfeitos, indicando-as com o sinal positivo, e aquelas com as quais estavam menos satisfeitos, indicando-as com o sinal negativo. Discutir sobre as respostas dadas.

ESTRELA DA SAÚDE



6. Exposição dialogada

- Definição de comportamento assertivo e de empatia e ênfase na importância destas habilidades nas relações sociais.

7. Exercício sobre a assertividade

- Solicitar e discutir possíveis reações adequadas diante das seguintes situações sociais, apresentadas por escrito.

A sua maneira de interagir com os outros pode ser fonte de considerável estresse na sua vida. Pense em como você reagiria tipicamente nas seguintes situações:

1. Você compra pão em uma panificadora e, depois de sair, descobre que está faltando um real no troco. Eu _____
2. Você pede um bife no ponto e ele é servido malpassado. Eu _____
3. No posto de gasolina, você pede que coloquem 30 reais de gasolina. O funcionário enche o tanque e cobra 45 reais. Eu _____
4. Você está lendo jornal, relaxando. Sua mulher surge de repente, lista na mão, e diz “rápido, vá buscar estas coisas no supermercado”. Eu _____
5. Enquanto você espera que o vendedor acabe de atender um cliente que está na sua frente, entra outro cliente e é atendido antes de você. Eu _____

8. Encerramento

- Apresentar as conclusões e um resumo breve da sessão, sintetizando as principais questões apontadas.
- Despedir-se, desejar boa semana e agradecer pela participação.

Sexto Encontro – Sessão 6

- No. de idosos participantes: 07

1. Tema norteador:

- A importância de desenvolver habilidades sociais: assertividade.

2. Objetivos:

- Identificar critérios para classificar o desempenho social como assertivo, agressivo ou passivo.
- Refletir sobre as características do próprio desempenho social.
- Motivar para o exercício da assertividade e da empatia nas relações interpessoais.

3. Abertura

- Distribuir crachás. Cumprimentar e dar as boas-vindas aos participantes. Passar lista de frequência.

4. Aquecimento

- Retomar aspectos abordados no encontro passado e situar a importância do tema atual.

5. Exposição dialogada

- Apresentar conteúdos informativos previamente definidos sobre habilidades sociais e assertividade (uso de slides).

6. Dinâmica: Avaliando e decidindo sobre respostas sociais.

- Solicitar aos auxiliares de pesquisa que encenem situações sociais com apresentação de repertórios agressivos ou passivos, com estímulo ao grupo para propor uma resposta mais adequada. No geral, estimular o relato de exemplos de desempenhos que costumam emitir e discutir situações em que a assertividade é mais difícil de ser exercida. Observação: As situações propostas tinham semelhanças com situações relatadas anteriormente por alguns participantes.

Cena 1 – Recusando alimento (dizendo não): Pessoa oferece um alimento contrário à dieta de outra, que sem saber como recusar aceita. Questões:

Cena 2 – Lidando com críticas em cenários de saúde: Pessoa, no posto de saúde, recebe uma crítica de um agente de saúde e reage com agressividade, dizendo a este que não lhe deve satisfação.

Cena 3 – Queixando-se de dor: Pessoa se queixa de estar sentindo dor para um familiar e este último diz que ela só sabe reclamar, não lhe dando a atenção esperada. A pessoa cala-se.

Questões apresentadas ao final de cada cena: “como avaliam a conduta da pessoa?” “como ela poderia fazer diferente?” “você já viveu situação parecida? Como agiram?” “O que é mais difícil neste caso?”

7. Avaliação

- Solicitar avaliação escrita: o que mais gostei, o que foi menos interessante.

8. Encerramento

- Apresentar uma síntese conclusiva da sessão, resumindo as principais questões apontadas.
- Despedir-se, desejar boa semana e agradecer pela participação.

Sétimo Encontro – Sessão 7

- No. de idosos participantes: 08

1. Temas norteadores:

- A importância da prevenção.
- A prevenção do câncer de próstata.

2. Objetivos:

- Promover maior conhecimento e reflexão sobre o câncer de próstata e suas medidas de prevenção primária e secundária.
- Discutir medos, preconceitos e desconfortos (físicos e psicológicos) relacionados ao exame do toque retal.
- Levar cada participante a rever as suas necessidades de mudança apontadas e/ou identificadas na entrevista inicial.

3. Abertura

- Distribuir crachás. Cumprimentar e dar as boas-vindas aos participantes. Passar lista de frequência.

4. Aquecimento

- Retomar aspectos abordados no encontro passado e situar a importância do tema norteador do encontro atual.

5. Exposição dialogada

- Apresentar conteúdos informativos previamente definidos sobre os níveis de prevenção em saúde e sobre a prevenção do câncer de próstata (uso de slides com textos e imagens). Ex.:

PREVENÇÃO PRIMÁRIA		PREVENÇÃO SECUNDÁRIA		PREVENÇÃO TERCIÁRIA
Período anterior a doença		Período da doença		
		Doença inicial	Doença avançada	Seqüelas
1º. Nível - Promoção da Saúde	2º. Nível - Proteção a certas doenças	3º. Nível - Diagnóstico precoce e tratamento oportuno	4º. Nível - Tratamento para controle da doença e evitar complicações	5º. Nível - Reabilitação
				

6. Exibição e discussão de vídeos sobre prevenção entre homens e prevenção do câncer de próstata:

Vídeo 1 – Reportagem: Dia do Homem – Mutirão da saúde (2:51). Acessado em <http://www.youtube.com/watch?v=wxI2oS9-qdo>

Vídeo 2 – Sempre bem vídeo câncer de próstata, com orientações de médico e depoimento de usuário (4:46). Acessado em <http://www.youtube.com/watch?v=RIvjTDZxLho>.

Vídeo 3 – DerepenteCom. Episódio: O câncer de próstata (10:26). Acessado em <http://www.youtube.com/watch?v=5yuj-e-DUaI>

Vídeo 4 – Eu a patroa e as crianças – episódio 7, dublado, parte 2 3 (2:13). Acessado em http://www.youtube.com/watch?v=d_Hktsxz0f8

- Questões ao final de cada vídeo: Que informações do vídeo podemos destacar como pontos de conhecimento ou reflexão sobre o assunto abordado? O que o vídeo revela sobre as dificuldades e mitos existentes entre os homens sobre os exames preventivos, em especial o exame do toque retal?

7. Entrega de material informativo: folder sobre câncer de próstata.

8. Avaliação

- Solicitar, a cada participante, para avaliar se está alcançando seus objetivos no grupo, tendo em vista as metas indicadas na entrevista.

Nome:		
O que posso fazer para ter melhor saúde:		
Saúde Geral	Praticar exercícios físicos com maior frequência	
	Alimentar-se de forma mais saudável	
	Buscar mais informações sobre como viver melhor e com mais saúde	
	Parar de fumar	
Saúde Física	Realizar exames preventivos com maior regularidade	
	Visitar mais o médico	
	Seguir melhor as orientações dos profissionais de saúde	
	Atuar nas consultas médicas de forma mais participativa.	
Saúde Psicológica	Ter maior controle de suas emoções	
	Ter maior satisfação em viver	
	Diminuir o estresse	
Saúde Social	Relacionar-me mais	
	Expressar melhor suas opiniões, sentimentos e necessidades para outras pessoas	

9. Encerramento

- Realizar síntese conclusiva da sessão: resumo das principais questões apontadas.
- Despedir-se, desejar boa semana e agradecer pela participação.

Oitavo Encontro – Sessão 8

- No. de idosos participantes: 11

1. Tema norteador:

- A relação entre crenças, comportamento e saúde.

2. Objetivos:

- Ressaltar a relação entre crenças, comportamento e saúde.
- Estimular a busca conjunta de resolução de problemas.

- Estimular o balanço entre prós (vantagens) e contras (custos) de uma vida saudável.

3. Abertura

- Distribuir crachás. Cumprimentar e dar as boas-vindas aos participantes. Passar lista de frequência.

4. Aquecimento

- Retomar aspectos abordados no encontro passado e situar a importância do tema norteador do encontro atual.

4. Exposição dialogada: Relação comportamento e saúde.

- Introdução aos conceitos de *locus* de controle e de auto-eficácia.
- Considerações sobre as consequências imediatas e a longo prazo de comportamentos saudáveis ou práticas preventivas (dificilmente são seguidos de consequências positivas imediatas, benefícios adiados ou mesmo incertos, menos prazerosos ou mais cansativos) e dos comportamentos de risco à saúde (prazeres ou alívios mais imediatos, problema futuro é provável, mas não certo). Discussão dos prós e contras dos comportamentos de risco e dos comportamentos de saúde.



5. Dinâmica: Avaliando situações-problema

- Organizados em duplas, os participantes recebem situações problema para as quais são solicitados a buscar soluções. Em seguida, são convidados a expor, para o restante do grupo, as alternativas de resposta levantadas. Discutir cada situação no grupo maior.
- Observação: As situações propostas tinham semelhanças com situações relatadas anteriormente por alguns participantes.

Situação 1. A esposa de Jair não toma o remédio e nem segue a dieta como recomendado pelo médico. Como ele pode conseguir que a esposa tome o medicamento necessário e adote uma alimentação mais saudável para o controle da hipertensão?

Situação 2. Dona Márcia sofre de um problema chamado fibromialgia e sente dores constantes por todo o corpo. Ela se queixa que seu esposo e filhos não compreendem o que ela sente, o que tem gerado conflitos entre eles. Como Dona Márcia pode obter maior colaboração da família para lidar com esta situação?

Situação 3. Seu Pedro, 55 anos, descobriu que estava com diabetes e não sabe quase nada a esse respeito. O que ele pode fazer para enfrentar essa nova realidade?

Situação 4. Seu Antônio acabou de se aposentar devido a um problema de saúde e parece que já está prestes a ficar deprimido por não saber o que fazer com o tempo livre que agora tem. Também está chateado devido a forma como a aposentadoria ocorreu. Como Seu Antônio pode melhor levar a sua vida de agora em diante?

Situação 5. Seu Mário não anda se sentindo bem, mas ele se recusa a ir ao médico fazer exames. Ele afirma nunca ter ido ao médico nos últimos 30 anos. Como você agiria para incentivá-lo a cuidar melhor da sua saúde?

Situação 6. Seu João não toma as vacinas indicadas para pessoas da sua idade. Ele acredita que depois dos 70 anos não há mais nada que se possa fazer para evitar doenças. Se você fosse conversar com ele a este respeito, o que lhe diria?

6. Avaliação da sessão

- Solicitar avaliação escrita: o que mais gostei, o que foi menos interessante.

7. Encerramento

- Síntese conclusiva: da sessão: resumo das principais questões apontadas.
- Mensagem de reflexão apresentada por um dos participantes: “Ao entrar Deus te abençoe e ao sair Deus te acompanhe”
- Despedir-se, desejar boa semana e agradecer pela participação.

Nono Encontro – Sessão 9

- **No. de idosos participantes:** 12

1. Tema norteador:

- Avaliação das experiências: o que aprendemos no grupo.

2. Objetivos:

- Verificar a satisfação dos idosos com as experiências no grupo e identificar mudanças ou intenções de mudanças comportamentais.
- Realizar o fechamento do trabalho no grupo.

3. Dinâmica: Avaliação dos encontros

- Distribuir, aleatoriamente, entre os participantes, questões para a avaliação das experiências no grupo. Cada participante é solicitado a ler e opinar sobre a questão recebida.
- **Questões:** Como me senti no grupo? O que pude aprender e observar no grupo? Quais os temas que mais apreciei e quais menos apreciei? Quais as atividades que mais gostei e quais menos gostei? Alguma coisa mudou no meu modo de pensar? Como vou aproveitar essa experiência em minha vida? O que levo do grupo? O que espero ter dado ao grupo?

4. Dinâmica: Cartão do grupo

Cada participante recebe um cartão com uma imagem, uma frase e um espaço em branco, juntamente com uma caneta. Em seguida, são convidados, se assim o desejarem, a escreverem mensagens uns para os outros nos cartões de cada um (adaptado de Afonso, 2010). Exemplos:



5. Síntese conclusiva dos encontros.