

As motivações para o autocuidado dos docentes de uma universidade pública: um enfoque da Fenomenologia Social

The motivations for self-care teachers for a public university: an approach of Social Phenomenology

Rosa Yuka Sato Chubaci
Iris Maria Fraga

RESUMO: O estudo foi realizado com 25 homens na faixa etária entre 40 e 60 anos, que exercem a atividade de docência em uma universidade pública no município de São Paulo. Objetivamos mensurar a capacidade de autocuidado dos participantes e, para tanto, utilizamos a Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado. Na etapa qualitativa utilizamos o referencial da Fenomenologia Social de Schütz e objetivamos conhecer os motivos que levam ou não os homens do estudo à prática do autocuidado.

Palavras-chave: Autocuidado; Envelhecimento Masculino; Fenomenologia.

ABSTRACT: *This study was carried out with 25 men, aged 40 to 60 years, who are on the teaching staff of a public university in the city of São Paulo. Our aim was to measure the capacity of the participants for self care . We used a questionnaire with semi -structured questions and a “Self-care Capacities Assessment Scale”. In the qualitative stage we used the philosophical framework of Social Phenomenology by Schütz and our aim was to understand reasons that lead the men in the study to practice or ignore self care.*

Keywords: *Self Care; Male Aging; Phenomenology.*

Introdução

A rápida e progressiva transição demográfica que caracteriza o cenário brasileiro implica em um aumento na demanda por serviços de saúde, em decorrência do aumento da incidência de doenças crônicas e degenerativas que interferem na capacidade do idoso em manter-se independente e ativo (Gorzoni & Jacob Filho, 2008).

No que se refere à questão de gênero, é preciso considerar que homens e mulheres envelhecem de formas diferentes por motivos relacionados às diferenças biológicas e também por fatores que garantem maior expectativa de vida ao nascer, para as mulheres. Há vários fatores que contribuem para o aumento da longevidade feminina e da maior mortalidade masculina. Entre eles, a proteção hormonal do estrogênio, que diminui os riscos de morte por doenças cardiovasculares entre as mulheres, e o ambiente doméstico mais protegido, em contraposição ao ambiente externo geralmente ocupado pelo gênero masculino e mais propício à violência e acidentes (Paschoal, 2006).

Além disso, os homens apresentam um comportamento de risco maior no que se refere ao consumo de álcool e tabaco, e também maior agravamento das doenças por retardarem ao máximo a busca por serviços de saúde. Estes fatores associados podem contribuir para tornar o homem mais fragilizado no processo de envelhecimento.

Segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007), as questões da masculinidade têm merecido atenção, mas ainda persiste uma grande escassez de estudos buscando entender as práticas masculinas voltadas para a adoção de estilos de vida saudáveis e promoção da saúde.

O envelhecimento populacional traz vários desafios para a sociedade. Dentre eles, destacam-se o aumento da incidência e da prevalência das chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Essas doenças são caracterizadas por um longo período de latência, por um tempo de evolução prolongado e por complicações diversas, que podem acarretar em graus variáveis de incapacidade e até mesmo levar ao óbito. Grande parte da carga dessas doenças pode ser evitada, uma vez que a causa principal não se encontra em fatores genéticos, mas em fatores modificáveis, relacionados ao ambiente e ao comportamento (Gordilho *et al.*, 2000).

As doenças cardiovasculares são as principais causas de óbito entre idosos. Os fatores de risco incluem o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, a inatividade física, a obesidade, a dislipidemia e o controle inadequado da hipertensão arterial e do diabetes

Mellitus. Todos estes fatores são considerados modificáveis e devem ser considerados ao longo de todo o processo de envelhecimento (Rodrigues & Rauth, 2011).

O agravamento das doenças prevalentes na população masculina poderia ser evitado por meio da adoção de medidas preventivas, sendo importante compreender as questões socioculturais e outras barreiras para propor ações estratégicas de prevenção e promoção da saúde¹, sendo que um dos eixos do processo para a promoção da saúde é fundamentado na necessidade da participação de forma ativa da população por meio de práticas de autocuidado e de maior controle sobre os fatores que interferem na sua própria saúde e no ambiente em que vive.

Assim, destacamos neste estudo o autocuidado como ferramenta para a promoção de saúde, visando um envelhecimento ativo e saudável.

Autocuidado é definido por Orem (Derntl & Watanabe, 2004) como “a prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem estar”. Ainda, segundo Foster *et al.* (1993), o autocuidado é definido como “processo por meio do qual uma pessoa leiga atua em seu próprio interesse na promoção da sua saúde e na prevenção e na detecção da doença e no seu tratamento no nível de recursos primários de saúde no sistema de saúde”.

Para atender as necessidades de autocuidado, o indivíduo precisa desenvolver habilidades que são influenciadas por fatores intrínsecos e extrínsecos que determinam a capacidade do indivíduo em promover o seu autocuidado. Estes fatores compreendem: a idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, a experiência de vida, a orientação sociocultural, a saúde e os recursos disponíveis (Derntl & Watanabe, 2004).

A partir dessas definições, podemos apreender a responsabilidade do indivíduo como agente do seu próprio autocuidado, sendo este o resultado de um conjunto de experiências vivenciadas e aprendidas pelo sujeito. Assim, o autocuidado implica no desenvolvimento de hábitos saudáveis com o objetivo de estabelecer e manter a própria saúde, por meio do reconhecimento dos recursos que o indivíduo dispõe para cuidar de si, e abrange os cuidados com higiene, alimentação, estilo de vida, fatores ambientais e fatores socioeconômicos.

O indivíduo tem autonomia para assumir o controle dos fatores que podem comprometer o seu processo de envelhecimento por meio do desenvolvimento de atitudes pessoais e da aquisição de habilidades e conhecimentos, visando à implementação de

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

condutas que contribuam para melhorar sua vida, sua saúde e bem-estar (Derntl & Watanabe, 2004).

É necessário considerar a importância dos fatores sociais, culturais e pessoais em relação ao autocuidado, por exemplo, determinadas coortes populacionais podem apresentar comportamentos distintos em relação à saúde e ao seu cuidado, de acordo com a concepção de saúde-doença vigente e determinada historicamente. As pessoas que nasceram no início do século XX foram educadas em uma época em que não se questionava a autoridade médica; em contrapartida, atualmente, os jovens são educados dentro de um contexto que reconhece as limitações da medicina e reforça a importância dos fatores sociais e do comportamento individual sobre a saúde². Por isso, podemos concluir que os valores adquiridos ao longo de toda a vida influenciam as ações das pessoas em relação ao seu autocuidado.

Pontuamos algumas singularidades do processo de envelhecimento masculino que podem contribuir para a compreensão deste universo no que se refere aos cuidados e promoção da saúde.

O presente estudo caracterizou-se pelo intuito de compreender como a população masculina apropria-se do autocuidado, enquanto estratégia para prevenção e promoção da saúde, na direção de um envelhecimento saudável.

Justificativa

Ao longo da história da humanidade, o cuidado com a saúde, geralmente, não constitui uma prática masculina. As maiores taxas de morbimortalidade recaem sobre a população masculina que, também, é a que menos utiliza os serviços de saúde. Esta postura se reflete na detecção de diagnósticos tardios que reduzem as probabilidades de tratar os problemas de saúde, comprometendo a capacidade funcional destes indivíduos e diminuindo suas chances de desfrutar uma velhice saudável. É, portanto, de grande relevância investigar quais são os motivos que levam os homens à prática do autocuidado, buscando compreender suas ações. Assim, ao compreendê-los, poderemos propor práticas eficazes que possam contribuir para promover a saúde e melhorar a qualidade de vida na velhice.

² BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria PT-09/2008.

Objetivos

- 1) Mensurar a capacidade de autocuidado dos participantes.
- 2) Conhecer como os homens, com idade entre 40 e 60 anos, cuidam da saúde no processo de envelhecimento.
- 3) Conhecer os motivos que levam ou não os homens do estudo à prática do autocuidado.

Método

A amostra desta pesquisa foi composta por 25 sujeitos do gênero masculino, com idade entre 40 e 60 anos e que exercem a atividade de docência em uma universidade pública do município de São Paulo. Os participantes foram selecionados a partir do levantamento e elaboração de uma lista com o nome dos docentes que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa e por entrevistas que foram realizadas conforme a acessibilidade do pesquisador ao docente – em alguns casos, por meio de agendamento prévio.

Os dados foram coletados em uma universidade pública localizada na zona Leste da cidade de São Paulo.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário, contendo perguntas para levantamento de dados sociodemográficos. Utilizamos a escala da *Appraisal of Self-care Agency* (ASA), que foi adaptada e validada à cultura brasileira por Silva e Kimura (2002), sendo denominada “Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado” (EACAC). A *ASA Scale* foi elaborada com base no conceito de “Capacidade de Autocuidado”, de Dorothea Elizabeth Orem, e procura mensurar os componentes de poder e as capacidades preparatórias para o autocuidado.

Para analisar a consistência interna da Escala para Avaliar a Capacidade de Autocuidado (EACAC), foi calculado o coeficiente *alpha*, de Cronbach. Para o teste de Cronbach, valores de 0,80 são considerados como indicadores de alta consistência interna, e valores entre 0,60 e 0,79 como de consistência intermediária³. O coeficiente da escala neste estudo foi de 0,91, o que revela alta consistência interna do instrumento e validade para os

³ Silva & Kimura (2002).

resultados que serão apresentados a seguir. Os dados foram digitados no Programa Epidata, versão 3.1, e, posteriormente, foram analisados com o programa computacional Statistica 7.0⁴. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, p-valor < 0,05.

A parte qualitativa desta pesquisa teve como referencial metodológico a Fenomenologia Social, de Alfred Schütz (1974), que possibilita apreender os significados, os motivos e as intenções atribuídos e vivenciados pelos sujeitos, fazendo emergir aspectos não contemplados na pesquisa quantitativa. Buscamos compreender o fenômeno da ação dos participantes da pesquisa em relação à realização ou não do autocuidado para promover a saúde.

Os princípios éticos desta pesquisa foram fundamentados na resolução n.º 196/96, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa em Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde⁵. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP. Antes de iniciar a entrevista, os participantes receberam informações sobre os objetivos da pesquisa e procederam à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa 25 homens com idade entre 40 e 60 anos. Verificamos uma predominância de sujeitos na faixa etária entre 40 e 45 anos, representando 68% da amostra, e outros 20% na faixa etária dos 46 a 50 anos de idade. Dos sujeitos entrevistados, 20 são casados e respondem por 80% da amostra.

Na presente pesquisa, contamos com a participação de docentes da área de Exatas, Saúde e Humanas.

Na Tabela 1 (Autoavaliação da saúde pelos entrevistados. São Paulo, 2010), percebemos que 16 docentes autoavaliaram sua saúde como “boa”, representando 64% da amostra. Quatro sujeitos avaliaram como “muito boa”, quatro referiram como “regular” e um sujeito avaliou como “ruim”. Quando comparada com a saúde das pessoas da mesma idade, sete docentes (28%) avaliaram a saúde como “muito boa”, 13 (52%), como “boa”, três, como “regular”, um, como “ruim” e um avaliou como “muito ruim”. Na comparação da saúde

⁴ Hair *et al.* (2005).

⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos*.

percebida atualmente com a saúde a 10 anos, oito docentes consideraram sua saúde como “regular”, sete classificaram como “muito boa”, seis avaliaram como “boa” e quatro, como “muito ruim”.

Em uma das perguntas do instrumento de coleta de dados, propusemos aos docentes entrevistados que fizessem a avaliação do seu autocuidado. Na Tabela 2 (Autoavaliação do autocuidado pelos entrevistados. São Paulo, 2010), estão dispostos os resultados, dos quais destacamos que 12 sujeitos (48%) avaliaram seu autocuidado como “bom”; e oito participantes (32%) classificaram como “regular”.

A autoavaliação do estado de saúde é considerada um indicador muito relevante do estado de saúde de indivíduos e populações, apresentando fortes correlações com medidas objetivas de morbidade e também do uso de serviços de saúde. Possibilita apreender uma classificação global do estado de saúde do indivíduo, captando sinais e sintomas de doenças diagnosticadas ou não, e também o impacto provocado pela doença no bem-estar físico, mental e social⁶.

Análise dos Resultados da Escala para avaliar a Capacidade de Autocuidado

A Tabela 3 (Resultados da Escala para Avaliar a Capacidade de Autocuidado) apresenta os resultados da escala para avaliar a capacidade de autocuidado. Observamos que os indivíduos apresentaram escores médios de 74,21 pontos, o que indica maior capacidade para a realização do autocuidado. A menor pontuação foi de 48,96 e a maior, 91,67.

A consistência interna da Escala para Avaliar a Capacidade de Autocuidado (EACAC) foi calculada utilizando o coeficiente *alpha*, de Cronbach. Para o teste de Cronbach, valores de 0,80 são considerados como indicadores de alta consistência interna, e valores entre 0,60 e 0,79, como de consistência intermediária (Hair *et al.*, 2005). O coeficiente da escala neste estudo foi de 0,91, o que revela alta consistência interna do instrumento e validade para os resultados que serão apresentados a seguir.

O escore médio pontuado pelos indivíduos na Escala para Avaliar a Capacidade de Autocuidado (EACAC) foi de 74,21, relacionado com altas habilidades para desenvolver o autocuidado. Isto significa que os sujeitos do estudo têm habilidades para o desenvolvimento

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): Ministério da Saúde (2010).

de hábitos saudáveis, com o objetivo de estabelecer e manter a própria saúde. Este autocuidado implica no reconhecimento dos recursos que o indivíduo dispõe para cuidar de si e abrange os cuidados com higiene, alimentação, estilo de vida, fatores ambientais e fatores socioeconômicos.

As motivações para o Autocuidado

A análise dos depoimentos permitiu a identificação das seguintes categorias concretas do vivido, por meio dos “motivos porquê” e dos “motivos para” realizar o autocuidado e, também, por meio dos “motivos porquê” e dos “motivos para” não realizar o autocuidado, representadas no diagrama (Figura 1) a seguir:

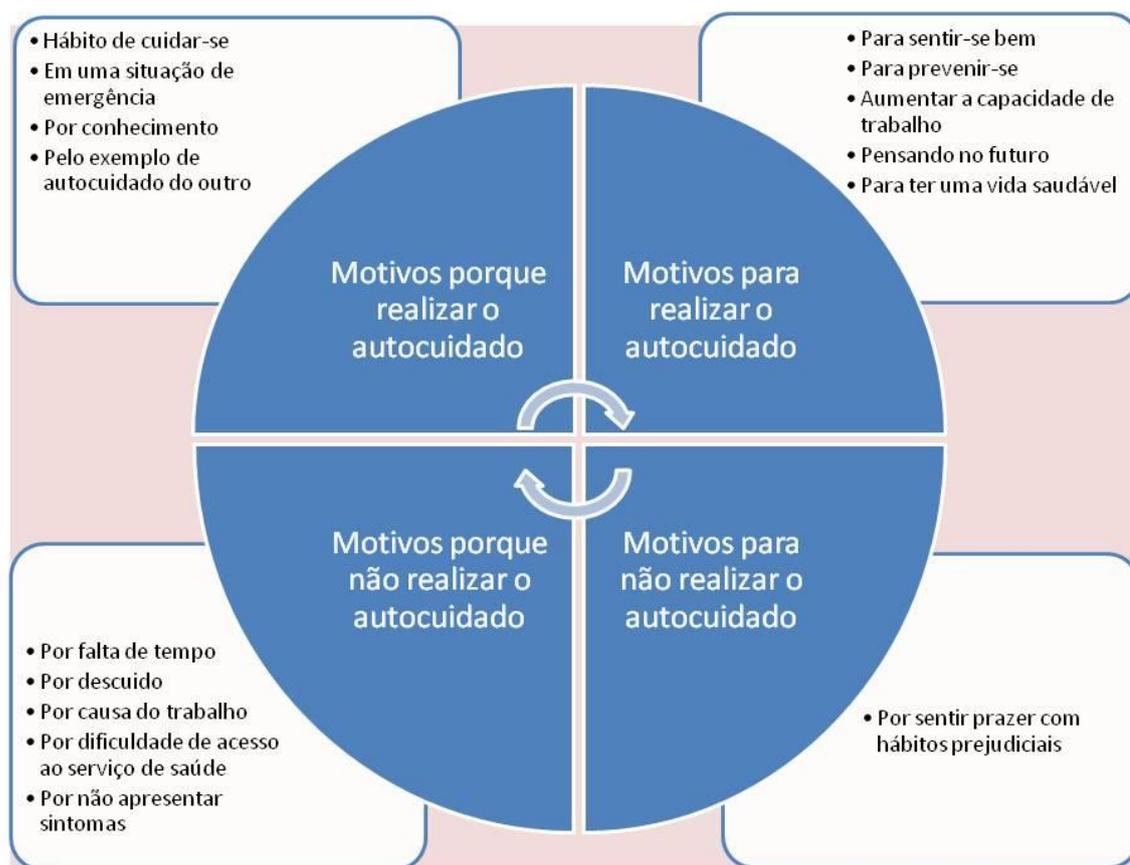


Figura 1. Esquema das categorias concretas do vivido

Motivos por quê realizar o autocuidado

A análise dos depoimentos possibilitou-nos a obtenção das categorias dos “motivos porquê” realizar o autocuidado. As categorias identificadas foram: por hábito de cuidar-se; em situações de emergência; por conhecimento; e pelo exemplo de autocuidado do outro.

Schütz (1974) assinala que os indivíduos têm razões que explicam as suas ações. São razões que estão enraizadas em experiências passadas, na personalidade que o homem desenvolveu durante sua vida e que são chamadas de “motivos porquê”. A “motivação porquê” se estrutura e constitui uma espécie de acúmulo de conhecimentos sociais, que são transmitidos por nossos predecessores como herança cultural, e do depósito de conhecimento advindo da experiência pessoal.

O “motivo porquê” só pode ser compreendido por meio de um ato de reflexão, que pode ocorrer ou não depois de terminado uma ação e que remete a experiências vivenciadas no passado. Possibilita ao observador reconstruir, a partir do ato realizado, a atitude do ator em sua ação. E o ator torna-se um observador de suas próprias ações na medida em que se volta ao passado, contexto do significado do “motivo porquê” (Wagner, 1979).

Hábito de Cuidar-se

Alguns sujeitos relataram realizar o autocuidado de maneira rotineira, como um hábito já sedimentado no dia a dia. Dessa forma, estão sempre atentos às alterações que ocorrem com o peso, aos resultados dos exames e, quando necessário, intensificam os cuidados com os hábitos alimentares e aumentam a prática de atividades físicas. Realizam estas ações procurando ter uma maior qualidade de vida, como podemos perceber nos depoimentos a seguir:

“Quando faz acho que... bom... peso, por exemplo, isso eu olho sempre no espelho, não gosto de ter barriga, por exemplo, então eu controlo meu peso, hã... quando sai os exames periódicos que eu faço anualmente eu vejo como está o nível de colesterol e se está no limite eu sei que naquele ano eu tenho que moderar um pouco na alimentação... então eu faço isso no dia a dia, vou olhar alguma coisa...”

Em situações de emergência

Um outro “motivo porquê” realizar o autocuidado apresentado em alguns discursos refere-se à ocorrência de situações de emergência, quando a doença ou problema de saúde já está agravado e não há mais possibilidade de negligenciar o autocuidado, como destacado nos depoimentos abaixo:

“E quando faço o autocuidado é quando acho que tem alguma coisa diferente, por exemplo, uma dor de estômago, dor de cabeça recorrente. No mínimo você vai procurar se informar, ou se não vai atrás de um médico ou alguma coisa assim.”

Por Conhecimento

Um sujeito ressaltou realizar o autocuidado porque ele possui conhecimentos sobre doenças e sabe da necessidade de realizar ações de autocuidado para preveni-las, como verbalizou no seguinte trecho:

“Eu faço porque sou formado em Educação Física, tenho noção dessas coisas, trabalho com doenças crônicas aqui em CAF, então eu sempre faço por isso, porque a gente sabe que a maioria das doenças crônicas são passíveis de prevenção [...]”

Mas além do conhecimento sobre as doenças, outro sujeito destacou o conhecimento de si próprio e das suas condições de saúde na fase de vida que ele se encontra, como um motivo porque realizar o autocuidado, como observou abaixo:

“[...] eu faço porque acho importante me conhecer ou tomar conhecimento da minha situação nessa fase de vida [...]”

Pelo exemplo de autocuidado do outro

A observação do autocuidado, realizado por uma outra pessoa, e os resultados positivos alcançados, foi um “motivo porquê” revelado na análise dos depoimentos, como percebemos na seguinte fala:

“[...] eu venho de duas experiências como filho, né... da minha mãe de uma pessoa muito ativa, extremamente ativa e super saudável, está com quase 80 anos e mantém uma saúde super bacana assim... mantém uma preocupação, se cuida, faz atividade física até hoje, tem uma rede de relações sociais, participa de um monte de coisas... então você vê que ela é um pouco do modelo que eu gostaria...”

Na fenomenologia social, compreende-se que o indivíduo constrói o seu próprio mundo com o auxílio de métodos que lhe são oferecidos por outras pessoas. Assim, a interação social implica no envolvimento de pelo menos duas pessoas que se orientam, uma em relação à outra. E viver no mundo da vida cotidiana significa estar em interação com muitas pessoas, em complexas redes de relacionamentos sociais (Schütz, 1979).

Motivos para realizar o Autocuidado

Schütz (1972) considera o “motivo para” como o estado que se pretende alcançar pela ação do ator, e relaciona-se com o processo de ação em curso, que está sendo feito, mas projetado para o futuro. O “motivo para” é um contexto de significado, que é estabelecido ou se estabelece sobre o contexto de experiências disponíveis no momento da projeção da ação, sendo essa categoria, essencialmente, subjetiva. Portanto, essa ação só pode ser interpretada pela subjetividade do ator, que é quem pode definir o seu projeto de ação, o seu desempenho social.

Nos depoimentos pudemos identificar os “motivos para” realizar o autocuidado. As categorias desveladas são: para sentir-se bem; para prevenir-se; para aumentar a capacidade de trabalho; para ter qualidade de vida; pensando no futuro; e para ter uma vida saudável, para sentir-se bem.

Para sentir-se bem

Analisando os discursos, identificamos como um “motivo para” realizar o autocuidado a necessidade de sentir-se bem. Os sujeitos percebem o autocuidado com sua saúde uma maneira de manter o corpo e a mente saudáveis, e possibilitam mensurar as mudanças necessárias para melhorar a saúde, como observamos nos relatos abaixo:

“Primeiro eu me amo, eu gosto muito de mim mesmo e gosto de me sentir bem... Então eu faço por conta de me sentir melhor, eu gosto mesmo de me sentir bem.”

“Eu faço porque eu me sinto melhor... Eu sinto que faz bem ao meu corpo e a minha mente.”

Para prevenir-se

Outro “motivo para” realizar o autocuidado, destacado na fala dos sujeitos, é para prevenir-se dos problemas de saúde. Nos discursos relacionados abaixo percebemos a relevância de estar sempre observando as alterações que ocorrem no corpo para atenuar ou prevenir o aparecimento de doenças:

“Peso porque eu tenho visto meus colegas com diabetes e eu tenho feito de tudo para nunca chegar lá, então eu estou agindo mais cedo. A minha ideia é: melhor prevenir e mudar os hábitos antes que as coisas cheguem aí. Antes a preventiva do que a corretiva.”

Aumentar a capacidade de trabalho

Nesta categoria, os sujeitos destacam a importância de realizar o autocuidado para aumentar a capacidade de trabalho. E manter a capacidade de trabalho é importante no desempenho do papel de provedor deste sujeito, já que outras pessoas dependem dele, como percebemos no depoimento abaixo:

“Eu faço porque isso é uma maneira de me manter ativo. [...] do ponto de vista de trabalho e do relacionamento com outras pessoas existem pessoas

que são diretamente ligadas a mim e que dependem de mim. Isso tanto do lado profissional, como familiar também.”

Para ter qualidade de vida

Realizar o autocuidado é requisito para ter qualidade de vida, ser mais feliz e maximizar as potencialidades individuais na opinião de alguns sujeitos, como percebemos no seguinte relato:

“Eu faço porque eu quero ter qualidade de vida e quero ser cada vez mais feliz, aproveitar as potencialidades que eu tenho.”

Pensando na família

Em alguns discursos percebemos certa preocupação com o futuro. Assim, os sujeitos realizam o autocuidado, visando ao bem-estar das pessoas que estão próximas e que possuem uma relação de dependência para com eles. Dessa forma, o autocuidado garante que eles mantenham sua saúde, o que, por sua vez, possibilita que eles continuem desfrutando de condições para manter seu papel de provedor. Também refletindo uma preocupação com o futuro, mas de um ponto de vista estético, realizam o autocuidado por uma questão de vaidade, como relatado em:

“Então a minha saúde, ela é importante não só pra mim. Ela é importante também pra aquelas pessoas que estão ao meu redor, então é por isso que eu faço.”

Para ter uma vida saudável

No relato que destacamos abaixo, o sujeito expressa como motivo para realizar o autocuidado a possibilidade de ter uma vida mais saudável, por meio da adoção de hábitos alimentares mais adequados, por exemplo, e que possibilitem as condições necessárias para garantir sua sobrevivência:

“Eu faço porque é uma forma de eu estar me mantendo saudável, ativo, bem comigo mesmo sobretudo, dando conta das coisas que eu tenho que dar, da minha sobrevivência, do meu dia a dia.”

A seguir, apresentaremos os “motivos porquê” não realizar o autocuidado e os “motivos para” não realizar o autocuidado, que surgiram na fala dos sujeitos, e destacando trechos representativos de cada categoria.

Motivos porque não realizar o autocuidado

Os discursos possibilitaram categorizar os “motivos porque” os docentes não realizam o autocuidado, que se revelou nas seguintes categorias: por falta de tempo; por descuido; por causa do trabalho; por dificuldade de acesso ao serviço de saúde; e por não apresentar sintomas.

Por falta de tempo

A falta de tempo é considerada por muitos sujeitos um dos principais entraves que impossibilita a realização do autocuidado. O autocuidado deixa de ser considerado como prioridade e acaba sendo postergado e negligenciado diante das responsabilidades profissionais, familiares e sociais, como verbalizado no seguinte depoimento:

[...] uma questão de falta de tempo... a gente entra em uma roda-viva de obrigações profissionais, familiares, sociais, e que vão colocando essa questão do autocuidado em último plano, vão jogando pra última das prioridades então deixa de ser prioritário.

Por descuido

No próximo relato, o sujeito assume sua responsabilidade diante da negligência com o autocuidado e relata não realizá-lo por descuido, por preguiça e porque não gosta:

E não fazer talvez por descuido mesmo, talvez pelo ritmo em que a gente vive e, às vezes, a gente vai adiando um pouco, deixando pra fazer em um momento em que esteja um pouco mais folgado, o que nem sempre acontece, mas acho que no sentido mesmo de sempre estar priorizando outras coisas e às vezes deixando de fazer um exame, enfim, alguma coisa do gênero.

Por causa do trabalho

A rotina profissional é outro “motivo porquê” não realizar o autocuidado. O sujeito referiu que a dedicação à vida profissional, os prazos, o excesso de trabalho, impedem a realização do autocuidado, como descrito no depoimento a seguir:

Entre as coisas que impedem... o trabalho, aí também às vezes é necessário cuidar dos meus familiares, eu tenho pais idosos e quando há tempo as vezes falta energia.

Dificuldade de acesso ao serviço de saúde

Um sujeito relatou a dificuldade para acessar o serviço de saúde, como um impedimento na realização do autocuidado. No seu discurso, ele exemplifica que a distância da sua residência ao Hospital Universitário da Universidade de São Paulo impede que ele procure o serviço de saúde:

[...] tem o Hospital Universitário, mas que é muito longe porque eu moro na região central, lá é Butantã e o horário de trabalho impede.”

Por não apresentar sintomas

Na análise dos discursos emergiu também como “motivo porque” não realizar o autocuidado a ausência de sintomas. Assim, este sujeito não realiza o autocuidado porque está sentindo-se bem, como destacado no seguinte trecho:

“Quando eu não faço é exatamente por falta de tempo e às vezes por preguiça. E também quando você se sente bem você larga um pouco de mão, você não está preocupado com isso.”

Motivos para não realizar o Autocuidado

Por sentir prazer com hábitos prejudiciais

Um sujeito destacou como um motivo para não realizar o autocuidado o prazer proporcionado por alguns hábitos prejudiciais, como fumar e beber bebidas alcoólicas. Na opinião desse sujeito, o prazer proporcionado por fumar um charuto, por exemplo, acaba trazendo efeitos positivos, benéficos, como verbalizado no seguinte trecho:

“E eu não faço porque tem algumas coisas que são muito boas e prazerosas, mas que vão contra a qualidade de vida. Beber, por exemplo, acho sabe que não melhora a qualidade de vida mas é muito gostoso. Fumar a mesma coisa, fumar um charuto, se por um lado faz mal, ao mesmo tempo ele traz um prazer imenso. Em alguns momentos ter o bom-senso, e apesar de as pessoas dizerem que fazem mal elas te trazem um prazer muito bom que acaba sendo benéfico.”

Construção do tipo vivido

Baseado nas categorias reveladas a partir da análise dos discursos, foi possível construir o tipo vivido dos docentes do gênero masculino que realizam e não realizam o autocuidado.

Nesta abordagem de pesquisa, não importa investigar somente o comportamento de cada pessoa, mas o que pode constituir-se como uma característica típica daquele grupo social que está vivendo aquela situação de vida. O tipo vivido surge da descrição vivida do comportamento social, das convergências nas intenções dos sujeitos em relação aos “motivos para” e “motivos porquê” (Schütz, 1974). Na relação vivida, simultânea, direta ou na relação com nossos contemporâneos, vivemos a partir de tipos que se estabelecem em nossa relação.

Tipo vivido dos sujeitos que realizam o autocuidado

O tipo vivido do sujeito que realiza o autocuidado constituiu-se de um homem que tem conhecimento sobre a importância do autocuidado, possui hábito de cuidar-se, mas existe também, o que realiza o autocuidado somente em situações de saúde em que isto é exigido. Realizam o autocuidado para sentirem-se bem, prevenir-se de doenças visando a aumentar a capacidade de trabalho e ter uma vida mais saudável, buscando, com isso, mais qualidade de vida, não pensando somente em si mesmo, como também na família.

Tipo vivido dos sujeitos que não realizam o autocuidado

O tipo vivido dos sujeitos que não realizam o autocuidado constituiu-se de homens que descuidam da própria saúde porque não apresentam sintomas e por falta de tempo, em decorrência do trabalho.

Considerações Finais

Essa pesquisa teve como ponto de partida nosso interesse em compreender o universo masculino e suas relações com o autocuidado, partindo do pressuposto de que os homens não costumam preocupar-se com a sua saúde, o que poderia comprometer o seu processo de envelhecimento.

Os resultados permitiram-nos inferir, pelo menos em relação à amostra estudada, que sim, os homens procuram cuidar da sua saúde. Mas esses cuidados são limitados, parciais, em alguns casos até mínimos, e acabam não se refletindo de maneira eficaz na sua saúde. Apesar disso, eles possuem alta capacidade para realizar o autocuidado, que precisa ser estimulada por meio de práticas e ações educativas que contemplem o desenvolvimento desta capacidade e a conscientização da importância do autocuidado.

A pesquisa qualitativa contribuiu para compreender as motivações dos docentes para realizar ou não o autocuidado. Permitiu também investigar as concepções destes sujeitos em relação ao processo de envelhecimento e velhice.

Os significados atribuídos ao autocuidado e as ações de autocuidado que os homens desta pesquisa relataram servem como indicativos de como eles estão trilhando este caminho, ao longo do seu processo de envelhecimento.

Dentre os significados atribuídos ao autocuidado, destacou-se, principalmente, a compreensão de que saúde representa muito mais que ausência de doenças. Assim, para os docentes, pensar em autocuidado significa considerar a saúde física, emocional, social e espiritual também, buscando por meio das ações de autocuidado contemplar todos estes aspectos.

Sendo assim, as ações de autocuidado realizadas pelos docentes contemplam predominantemente os aspectos físicos, quando eles observam seu próprio corpo, controlam o peso corporal, evitam hábitos prejudiciais à saúde, mantêm uma alimentação saudável, praticam atividades físicas, realizam exames periódicos, buscam por ajuda de profissionais da saúde e adotam hábitos saudáveis. As ações de autocuidado miram os aspectos emocionais, sociais e espirituais, quando eles promovem o seu próprio bem-estar e buscam o equilíbrio.

E as motivações? O que é que impulsiona os sujeitos desta pesquisa a realizar o seu autocuidado? E o que dificulta ou impede a realização deste? A resposta a estas indagações oferecem importantes subsídios para o desenvolvimento de programas de prevenção voltados para a população masculina, porque podem focar direto nas especificidades desta população.

Assim, os docentes que participaram da pesquisa fazem o autocuidado como forma de prevenção, para sentirem-se bem, para ter uma vida saudável, para ter qualidade de vida, pensando na família e para aumentar a capacidade de trabalho.

De todos os motivos elencados, merece destaque “pensando na família” e “para aumentar a capacidade de trabalho”, pois consideramos uma especificidade da população masculina e estão diretamente relacionados aos conceitos de masculinidade arraigados na nossa cultura, que atribui ao homem o papel de provedor da família, e para o qual o trabalho tem importante função social. Estes motivos devem ser enfoques de qualquer ação educativa de promoção e prevenção da saúde voltada para o público masculino.

Os docentes também relataram as dificuldades que encontram para não realizar o autocuidado. São elas: por descuido, por não apresentar sintomas, dificuldade de acesso ao serviço de saúde, por causa do trabalho, por falta de tempo e por sentir prazer com hábitos prejudiciais.

Os motivos apresentados pelos docentes para não realizar o autocuidado legitimam o discurso de que os homens não se cuidam ou que procuram menos os serviços de saúde. Mas também apresentam possibilidades que podem ser modificadas ou adaptadas.

Os motivos mais recorrentes para não realizar o autocuidado foram “por falta de tempo” e “por causa do trabalho”. Uma solução para este conflito pode ser a elaboração de iniciativas e parcerias entre os órgãos de saúde e as empresas para a realização de campanhas preventivas e de promoção à saúde, dentro do ambiente de trabalho, em que está inserida esta população, facilitando o acesso aos serviços de saúde.

Importava-nos também, nesta pesquisa, compreender as concepções dos sujeitos do gênero masculino sobre envelhecimento e velhice. A imagem que estes docentes apresentaram, ao serem questionados, também reflete a imagem que a sociedade em que vivemos tem da velhice. Assim, entre as vantagens encontramos características costumeiramente associadas às pessoas idosas: sabedoria, experiência, respeito, liberdade, aposentadoria, tempo livre, espiritualidade, longevidade, entre outros. E entre as desvantagens predominam aquelas relacionadas às perdas físicas, psicológicas e sociais, das quais destacamos: dependência, perda de capacidade física, perda de mobilidade, tornar-se improdutivo, saúde mais frágil, solidão e finitude, entre outros.

Os sujeitos do estudo também apontaram o modelo de idoso que eles querem ser – ativos, com tempo disponível, com saúde física e psicológica, independente, flexível, produtivo, com bons relacionamentos, entre outros –, projetando no futuro suas expectativas em relação ao seu próprio envelhecimento, no qual só foram contemplados aspectos positivos da velhice.

Embora concordemos que este seja o modelo de envelhecimento ideal e almejado por todos, devemos ponderar que o processo de envelhecimento é complexo, multifatorial e multifacetado, e sofre influência de determinantes biológicos, psicológicos, sociais e econômicos, tornando o processo de envelhecimento heterogêneo e singular para cada um de nós.

Cabe assumirmos nossa responsabilidade, e fazer a nossa parte, sendo protagonistas do nosso autocuidado, em busca de saúde, bem-estar e qualidade de vida.

Dessta forma, políticas de prevenção e promoção da saúde são essenciais em todas as classes sociais, o estímulo ao autocuidado no decurso do processo de envelhecimento, ou seja, focar não só a pessoa idosa, mas o sujeito mais jovem que se encontra neste processo, contribuirá para que tenhamos, no futuro, idosos mais ativos e saudáveis.

TABELAS

Tabela 1. Autoavaliação da saúde pelos entrevistados. São Paulo (2010)

Variáveis	Categorias	Frequência	%
Como avalia a sua saúde no momento atual?	Ruim	1	4.00
	Regular	4	16.00
	Boa	16	64.00
	Muito Boa	4	16.00
Sua saúde comparada com pessoas da mesma idade?	Muito Ruim	1	4.00
	Ruim	1	4.00
	Regular	3	12.00
	Boa	13	52.00
	Muito Boa	7	28.00
Sua saúde comparada com 10 anos atrás?	Muito Ruim	4	16.00
	Regular	8	32.00
	Boa	6	24.00
	Muito Boa	7	28.00

Tabela 2. Autoavaliação do autocuidado pelos entrevistados. São Paulo (2010)

Variáveis	Categorias	Frequência	%
Avaliação do autocuidado no sentido de promover minha saúde	Muito Ruim	2	8.00
	Ruim	1	4.00
	Regular	8	32.00
	Bom	12	48.00
	Muito Bom	2	8.00

Tabela 3. Resultados da Escala para Avaliar a Capacidade de Autocuidado (EACAC)

Variável	Estatísticas Descritivas					
	n	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Questão 01. Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável.	25	4.04	0.84	2.00	4.00	5.00
Questão 02. Geralmente, vejo se tudo aquilo que faço para manter minha saúde está certo.	25	3.88	1.01	2.00	4.00	5.00
Questão 03. Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro dar um jeito para resolver o problema.	25	3.88	1.05	2.00	4.00	5.00
Questão 04. Procuro manter limpo e saudável o lugar onde vivo.	25	4.68	0.56	3.00	5.00	5.00
Questão 05. <u>Quando necessário, tomo novas providências para manter-me saudável.</u>	25	4.16	0.90	2.00	4.00	5.00
Questão 06. Sempre que posso, cuido de mim.	25	4.12	1.05	2.00	4.00	5.00
Questão 07. Procuro as melhores maneiras de cuidar de mim.	25	3.80	1.04	2.00	4.00	5.00
Questão 08. Tomo banho, sempre que necessário, para manter a minha higiene.	25	4.84	0.37	4.00	5.00	5.00
Questão 09. Procuro alimentar-me de maneira a manter meu peso certo.	25	3.84	1.25	1.00	4.00	5.00
Questão 10. Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo mesmo.	25	3.84	1.03	2.00	4.00	5.00
Questão 11. Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia a dia.	25	3.32	1.31	1.00	4.00	5.00
Questão 12. Com o passar dos anos, fiz amigos com quem posso contar.	25	3.84	1.14	2.00	4.00	5.00
Questão 13. Geralmente, durmo o suficiente para me sentir descansado.	25	3.08	1.35	1.00	3.00	5.00
Questão 14. Quando recebo informações sobre minha saúde, faço perguntas para esclarecer aquilo que não entendo.	25	4.64	0.49	4.00	5.00	5.00
Questão 15. De tempos em tempos examino o meu corpo para ver se há alguma diferença.	25	3.88	0.93	2.00	4.00	5.00
Questão 16. Antes de tomar um remédio novo procuro informar-me se ele causa algum mal-estar.	25	4.08	0.76	3.00	4.00	5.00
Questão 17. No passado, mudei alguns dos meus antigos costumes para melhorar minha saúde.	25	3.92	0.95	1.00	4.00	5.00

Questão 18. Normalmente, tomo providências para manter minha segurança e a de minha família.	25	4.52	0.51	4.00	5.00	5.00
Questão 19. Costumo avaliar se as coisas que faço para manter-me saudável têm dado bom resultado.	25	3.96	0.79	2.00	4.00	5.00
Questão 20. No meu dia a dia, geralmente encontro tempo para cuidar de mim mesmo.	25	3.36	0.99	2.00	4.00	5.00
Questão 21. Se tenho algum problema de saúde, sei conseguir informações para resolvê-lo.	25	4.16	0.85	2.00	4.00	5.00
Questão 22. Procuo ajuda quando não tenho condições de cuidar de mim mesmo.	25	4.40	0.71	2.00	4.00	5.00
Questão 23. Sempre acho tempo para mim mesmo.	25	3.40	1.04	1.00	4.00	5.00
Questão 24. Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente consigo cuidar-me como gostaria.	25	3.60	0.76	2.00	4.00	5.00
Score Padronizado	25	74.21	12.82	48.96	75.00	91.67

Referências

- BRASIL. (2001). Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes). Recuperado em 2 maio, 2010, de: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1996.
- BRASIL. (2009). *Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Derntl, A.M. & Watanabe, H.A.W. (2004). Promoção da Saúde. In: Litvoc, J. & Brito, F.C. (Eds.). *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*, 37-46. São Paulo (SP): Atheneu.
- Foster, P.G., Janssens, N.P. & Dorothea, E.O. (1993). In: George, J.B. et al. *Teorias da Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas.
- Gorzoni, M.L. & Jacob Filho, W. (2008). Impacto do envelhecimento populacional na saúde pública. In: *Geriatrics e Gerontologia: o que todos devem saber*, 01-06. São Paulo (SP): Roca.
- Gomes, R., Nascimento, E.F. & Araújo, F.C. (2007, março). 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. *Cad. Saúde Pública*, 23(3), 565-574. [serial on the Internet]. [Cited in 2010 May 01]. Recuperado em 20 dezembro, 2012, de: www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en.
- Gordilho, A. et al. (2000). *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor da saúde na atenção integral ao idoso*, 92 (Envelhecimento Humano). Rio de Janeiro (RJ): UnATI.
- Hair, J.F., Tatham, R.L., Anderson, R.E. & Black, W. (2005). *Multivariate Data Analysis*. (5ª ed.). Pearson Education.
- Litvoc, J. & Brito, F.C. (2004). *Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde*. São Paulo (SP): Atheneu.
- Paschoal, S.M.P. (2006). Envelhecimento na perspectiva de gênero. In: Côrte, B., Mercadante, E.F. & Arcuri, I.G. (Orgs.). *Masculin(idade) e velhices: entre um bom e mau envelhecer*. São Paulo (SP): Vetor. (Coleção Gerontologia, n.º 3).
- Rodrigues, N.C. & Rauth, J. (2011). Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas, E.V. et al. *Tratado de Geriatrics e Gerontologia*, 186-192. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara-Koogan.
- Silva, J.V. & Kimura, M. (2002). Adaptação cultural e validação do instrumento de capacidade de autocuidado do “Appraisal of self-care agency scale”. Pesquisa realizada durante o Programa de Pós-Graduação, nível de Doutorado, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- StatSoft, Inc. (2004). STATISTICA (data analysis software system), version 7. Recuperado em 02 dezembro, 2012, de: www.statsoft.com.
- Schütz, A. (1974). *El problema de la realidad*. Buenos Aires (Arg.): Amorrotu.
- Chubaci, R.Y.S. & Fraga, I.M. (2013, março). As motivações para o autocuidado dos docentes de uma universidade pública: um enfoque da Fenomenologia Social. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(2), pp. 167-190.
Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP.

_____. (1972). *Fenomenologia del mundo social*. Buenos Aires (Arg.): Paidós.

Wagner, H.R. (1979). *Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz*. Rio de Janeiro (RJ): Zahar.

Recebido em 20/02/2013

Aceito em 22/03/2013

Rosa Yuka Sato Chubaci - Curso de Bacharelado em Gerontologia, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo.

E-mail: rchubaci@usp.br

Iris Maria Fraga - Curso de Bacharelado em Gerontologia, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo. Av. Arlindo Béttio 1000, Ermelino Matarazzo. São Paulo (SP).

E-mail: rchubaci@usp.br