

## **A percepção dos idosos acerca de seus hábitos de vida e comportamento de autocuidado quando jovens e a influência destes na saúde e envelhecimento**

*The elderly perception of their life habits and self-care behavior in their youth and the influence of these in health and aging*

Mariana dos Santos Ribeiro  
Maysa Seabra Cendoroglo  
Naira de Fátima Dutra Lemos

**RESUMO:** O presente estudo tem como objetivo compreender os hábitos de vida que os idosos tiveram quando jovens e a influência destes em sua saúde e envelhecimento. Foram utilizados a abordagem qualitativa e o método História Oral. Observou-se que chegar ao envelhecimento em boas condições de saúde pode ser alcançável por aqueles que se prepararam desde jovens para esta fase da vida, possuem comportamento de autocuidado e se responsabilizam por sua própria saúde.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Autocuidado; Estilo de vida.

**ABSTRACT:** *This study aims to understand life habits that elders had in their youth and the influence of these in health and aging, through qualitative research, Oral History Method. It was observed that get to elders age in good health conditions may be achieved by those who prepared themselves when young to this stage of life, have self-care behavior and take responsibility for their own health.*

**Keywords:** *Aging; Self-Care; Life Style.*

### **Introdução**

Ribeiro, M.dos S., Cendoroglo, M.S., & Lemos, N.de F.D. (2015, abril-junho). A percepção dos idosos acerca de seus hábitos de vida e comportamento de autocuidado quando jovens e a influência destes na saúde e envelhecimento. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(2), pp. 81-101. ISSN 1516-2567. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um grande desafio (OMS, 2005). Envelhecer com saúde é um objetivo alcançável por quem revela o comportamento de autocuidado (Silva, & Santos, 2010). O autocuidado é a capacidade que um indivíduo possui para cuidar de si mesmo e nela podem influir elementos que são próprios da pessoa ou do ambiente em que vive (Fernández, & Manrique-Abril, 2011). Cuidar de si mesmo não é uma tarefa fácil, principalmente na velhice que é compreendida por um processo de mudança contínua e que, a todo o momento, necessita de uma reconquista do equilíbrio (Silva, & Santos, 2010).

A saúde é afetada ao longo da vida pelo contexto social, e por determinantes que interferem no bem-estar, independência funcional e qualidade de vida dos idosos (Geib, 2012). De acordo com a definição da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, estes determinantes são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Buss, & Pellegrini Filho, 2007). Os determinantes sociais da saúde influenciam nos estilos de vida, já que as decisões relativas ao hábito de fumar, praticar exercícios, hábitos dietéticos e outras, também são condicionados por estes determinantes (Oliveira, & Santo, 2013).

A saúde pode ser afetada pelo estilo de vida e condições de vida (Montoya, Ramón, L., Salazar, & Ramón, A., 2010). O estilo de vida é um constructo moldado pela família, educação e sociedade que consiste na maneira em que uma pessoa vive. Ou seja, hábitos que refletem valores, atitudes e que podem conduzir a saúde, propiciando ou inibindo algumas enfermidades (Montoya, *et al.*, 2010). Ao assumir determinados comportamentos e atitudes, consideradas saudáveis ou não, o processo de viver está sendo determinado (Santos, & Silva, 2011).

Segundo a teoria de Nola Pender, descrita por Silva e Santos em 2010, que busca integrar a ciência do comportamento às teorias de enfermagem, a partir da identificação dos fatores que influenciam comportamentos saudáveis no contexto biopsicossocial, a promoção da saúde é compreendida por atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa.

Como estratégia de promoção a saúde, se destaca o empoderamento, que visa a aumentar o poder e a autonomia dos indivíduos, a fim de dirigirem seus próprios destinos (Almeida, Marcelino, & Vieira, 2012). Ser idoso é adotar decisões positivas para reagir às adversidades que o envelhecimento possa provocar, utilizando seu potencial humano (Santos, & Silva, 2011).

Nesse sentido, o presente estudo busca analisar a percepção dos idosos, considerando os hábitos de vida que tiveram quando jovens, as ações de autocuidado desenvolvidas e a relação entre estes e a saúde atual dos entrevistados. Busca também compreender a percepção acerca de possibilidades de mudança e sensibilização para o cuidado de si na terceira idade

## **Material e Método**

Para a construção deste estudo, optou-se pela abordagem qualitativa, considerando a possibilidade de trabalhar com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. Segundo Oliveira (2008), a pesquisa qualitativa se debruça no estudo do fenômeno, analisando o problema processualmente. Considerando a subjetividade presente nos objetivos deste estudo, fez-se necessário uma pesquisa que compreendesse o cotidiano dos entrevistados e tivesse foco no sujeito, seus hábitos e suas percepções, o que contribuiu para a escolha do método da História Oral para o desenvolvimento do trabalho. Segundo Brêtas (2000), o método da História Oral constitui um caminho seguro para estudos que tenham a finalidade de formular a documentação histórica e a reflexão social por meio do resgate da memória individual e coletiva.

Para realizar este estudo, foram escolhidos oito pacientes idosos, cognitivamente preservados, atendidos pelo ambulatório da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da UNIFESP. Segundo Mayan (2001), a amostra qualitativa busca compreender o fenômeno de interesse; portanto, a amostra é selecionada propositalmente, ao contrário da amostra quantitativa que visa a generalizar os resultados a uma população. Para realizar o estudo, obtivemos o consentimento da responsável pelo ambulatório.

Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A fim de preservar a identidade dos entrevistados, utilizou-se um pseudônimo de flores. Foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado no ambiente do próprio ambulatório. Segundo Oliveira (2008), este modelo de entrevista traz um maior entendimento das questões estudadas, já que permite não somente a realização de perguntas necessárias à pesquisa, mas também a relativização dessas perguntas, dando liberdade ao entrevistado e a possibilidade de surgirem novos questionamentos não previstos pelo pesquisador, o que poderá ocasionar uma melhor compreensão do objeto da pesquisa. As respostas foram gravadas, transcritas e analisadas.

### Resultados e Discussão

Os idosos entrevistados para este estudo constituíram um total de oito participantes, sendo seis mulheres e dois homens, com idade entre 60 e 85 anos. A amostra foi composta por sujeitos com diferentes níveis de escolaridade, o que influenciou significativamente na compreensão das perguntas e, conseqüentemente, nas respostas formuladas; idosos com menor grau de escolaridade tendiam a dar respostas mais curtas, não exploravam a fundo o tema que estava sendo discutido. Apenas dois idosos tinham mais do que 11 anos de escolaridade e estes entrevistados tinham os maiores salários. Três idosas nunca trabalharam fora dos seus lares. A religião variou entre espiritismo, catolicismo e evangélica, sendo que a crença em Deus foi um tema frequente ao longo das entrevistas. A seguir um quadro explicativo do perfil socioeconômico dos entrevistados.

Quadro 1. Perfil socioeconômico

Pseudônimo	Sexo	Idade	Escolaridade	Renda	Profissão	Religião
Dália	Feminino	82	4 anos	2 SM	Do lar	Espírita
Margarida	Feminino	85	Analfabeta	2 SM	Do lar	Católica
Rosa	Feminino	60	12 anos	5 SM	Professora	Católica
Cravo	Masculino	83	11 anos	8 SM	Intérprete	Espírita
Girassol	Feminino	76	4 anos	1 SM	Operária	Evangélica
Orquídea	Feminino	69	2 anos	1 SM	Do lar	Católica
Crisântemo	Masculino	82	7 anos	2 SM	Gráfico	Espírita
Acácia	Feminino	76	1 ano	1 SM	Babá	Católica

A partir das oito entrevistas realizadas, extraíram-se os resultados que foram agrupados em cinco categorias temáticas: saúde e seus determinantes sociais, hábitos de vida, envelhecimento bem- sucedido x mal-sucedido, cuidado de si e mudança de hábitos. Cada categoria temática foi composta a partir das unidades de análise. O quadro a seguir organiza as unidades de análise dentro das suas respectivas categorias temáticas.

Quadro 2. Categorias temáticas e unidades de análise

<b>Categoria temática</b>	<b>Unidades de análise</b>
Saúde	Saúde como essencial Visão dicotômica de saúde e doença Determinantes sociais da saúde
Hábitos de vida	Higiene Alimentação Atividade física Lazer Espiritualidade
Envelhecimento bem-sucedido x mal-sucedido	Envelhecimento como processo natural Envelhecimento bem-sucedido Envelhecimento mal-sucedido
Cuidado de si	Cuidado de si quando jovem Cuidar dos outros em detrimento do cuidar de si Cuidar da saúde relacionada ao médico Cuidar da saúde relacionada às crenças populares Cuidar de si quando idoso
Mudança	Refletindo sobre a mudança Poder da mudança

## Saúde

- Saúde como essencial

Assim como discutido na Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde, a Carta de Ottawa (1986) descreveu a saúde como “o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, também como uma importante dimensão da qualidade de vida”.

Para os entrevistados, a saúde também foi compreendida como o aspecto fundamental da vida; para alguns é considerado o aspecto mais importante e isto se evidencia na seguinte fala:

*“Saúde, acho que é o item básico na vida de um indivíduo, né? Com saúde ele pode tudo.” (Cravo).*

- Visão dicotômica de saúde e doença

A saúde já foi compreendida como a ausência de doença. Hoje se sabe, pela definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que a “Saúde não é apenas a ausência de doença, mas constitui a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social”. No entanto, esta visão dicotômica de saúde e doença ainda permanece bastante presente atualmente e se destacou no discurso dos entrevistados:

*“Ah, quando eu era jovem eu tinha muita saúde também. Eu perdi minha saúde quando fiz uns 50 anos, eu comecei com tiroide, aí perdi minha saúde, fiquei com problema de coração, problema de osteoporose...” (Acácia).*

- Determinantes sociais da saúde

Embora atualmente o modelo dicotômico de saúde e doença ainda esteja bastante presente no imaginário da população, sabe-se que o conceito ampliado de saúde vem se fortalecendo desde a XIII Conferência Nacional de Saúde, que definiu saúde de uma forma ampliada, considerando os determinantes sociais de saúde (Fonseca, & Corbo, 2007).

A saúde têm como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.<sup>13</sup> (Brasil, 1990).

A saúde é afetada ao longo da vida pelo contexto social e determinantes que interferem no bem-estar, independência funcional, e qualidade de vida dos idosos (Geib, 2012).

Embora a relação entre os determinantes sociais da saúde, e o seu próprio estado de saúde nem sempre tenha sido explícita pelos entrevistados, ao longo de cada entrevista, foram evidenciados alguns determinantes:

*“... Trabalhar 12h por dia, né? É... só folgar no domingo só... e poluição e mora longe da firma, né? A gente pega duas condução, levanta cinco hora da manhã, chega onze e meia, meia-noite em casa. Isso... derruba qualquer um...” (Crisântemo).*

Dentre os determinantes de saúde, fica evidente o peso do trabalho na saúde e qualidade de vida do indivíduo. Com a Revolução Industrial, o consumo da força de trabalho resultou na submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção. Na visão mecanicista, o trabalhador deveria se adaptar ao trabalho para a manutenção de sua saúde (Mendes, & Dias, 1991). Na fala de um dos entrevistados, percebe-se resquícios desse modelo mecanicista e o trabalho compreendido como árduo, tendo impacto negativo na saúde dos entrevistados.

Ao longo do discurso dos narradores, fica evidente o impacto da dificuldade financeira na saúde, escolha de alimentos mais baratos, ou o não consumo de determinados alimentos, a fim de reduzir custos:

*“As vezes, você num... num se alimenta direito, porque num tem...” (Crisântemo).*

Em um dos relatos, também se evidencia a relação do domicílio com a saúde atual da entrevistada. A senhora Dália, ao logo da entrevista, pontua a redução de sua funcionalidade, relacionada ao impacto da Doença de Chagas, que adquiriu quando jovem, residia em um ambiente propício para adquirir a doença:

*“Eu nunca morei em casa de taipa, nem nada. Mas assim... tinha aquele vão do telhado com a parede, né? E você acendia a lamparina e podia escolher o que queria ali, tinha todo o tipo, muito barbeiro. Aí depois que passou a fertilização de casa, né? Aí sumiu, porque aqui os médicos aqui falou que eu fui premiada, porque pegou esôfago, intestino e coração.” (Dália).*

O acesso aos serviços de saúde também foi um tema frequente. Muitos relacionavam este determinante como essencial para o cuidado com a saúde:

*“Graças a Deus meu pai, louvado seja Deus... que eu achei o hospital São Paulo, que me pegasse pa tratar de mim. Graças a Deus..., que eu num podia nem pagar um convênio.”* (Margarida).

## Hábitos de vida

- Higiene

Segundo Potter e Perry (2009), a higiene é uma parte básica do cuidado:

*“Eu me zelo, eu limpo meu corpo bem limpo, eu me cuido... que é feio a pessoa andar fedendo.”* (Margarida).

O conhecimento a respeito da importância da higiene e as implicações para o bem-estar de uma pessoa influenciam as suas práticas de higiene. Crenças culturais e valores pessoais também possuem papel significativo nos cuidados de higiene (Potter, & Perry, 2009). Para as senhoras entrevistadas, Margarida e Rosa, a higiene possui um papel fundamental para a saúde.

- Alimentação

No artigo de Fernandes, Silva, Loureiro, e Medeiros (2011), a alimentação saudável vem associada ao envelhecimento bem-sucedido:

*“Porque a gente não está habituada a muita pizza, muito hambúrguer, a muita fritura de fora de casa... então, acho que isso é bom pra mim. Mesmo quando meus filhos vêm pra jantar, eu procuro... ter uma orientação, ter uma orientação melhor.”* (Rosa).

Uma parcela significativa dos idosos entrevistados busca formas de se alimentar de forma saudável; para alguns, isso sempre foi um hábito e é considerado natural; para outros, foi um hábito adquirido para controlar a saúde. Segundo Geib (2012), mudanças nos hábitos alimentares contribuem para a redução das taxas de doenças crônicas.

- Atividade física

Segundo Stein (1999), diversos estudos realizados demonstram que a prática regular de exercícios físicos gera benefícios, um efeito protetor contra doenças crônico-degenerativas, especialmente as de origem cardiovascular.

*“Eu faço hidroginástica 3 vezes por semana. É uma forma de eu me cuidar, isso daí agora já é certeza; isso daí eu já não largo mais, porque foi muito bom para mim, né?” (Rosa).*

Um estudo realizado no Reino Unido por Khaw, *et al.*, em 2008, relacionou hábitos de quem bebia com moderação, não fumou, fez exercícios, e comia adequadamente uma quantidade de frutas e vegetais, com um adicional de vida de 14 anos.

- Lazer

De acordo com o Estatuto do Idoso, dentre outros direitos, os idosos têm direito ao lazer. Segundo Ferraz e Peixoto (1997), o lazer se constitui de ocupações que o indivíduo realiza por sua própria vontade, incluindo atividades de natureza recreativa, ocupacional, atividade física, mental e intelectual.

*“Eu vou pra lá, de novo, eu to indo pra USP no zoológico, estamos estudando os bichos do zoológico. Viu que legal?, não é bom?” (Acácia).*

Para cada idoso, as atividades de lazer são diferenciadas, incluindo desde atividades culturais, ocupacionais, até sociais.

O lazer é um hábito de significativa importância para a saúde; segundo Fernandes, *et al.* (2011), as atividades de lazer vêm associadas ao envelhecimento bem-sucedido.

- Espiritualidade

Segundo Rocha, e Fleck (2007), o termo espiritualidade envolve a busca pessoal por questões existenciais, significado da vida, e a relação com o sagrado, não limitado a tipos de crenças ou práticas religiosas.

*“Eu gosto do espiritismo, eu leio bastante, eu entendo muito bem o que é a nossa passagem, né? Nós temos o tempo de viver aqui, na hora de ir embora, quando a gente vê, a gente cai, vai e pronto. Mas a gente não acabou, né? Que o espírito é eterno, só acaba a matéria. É muito bom você ler e você entender o que você está lendo, né? Eu gosto dessa espiritualidade.” (Dália).*

Diversos estudos demonstram a relação entre espiritualidade e qualidade de vida (Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007). Segundo Zenevitz, Moriguchi, e Madureira (2013), as práticas religiosas/espirituais, com o passar dos anos, passam a representar uma importante fonte de suporte emocional que repercute de forma significativa na saúde mental e física. Para as pessoas idosas, as crenças religiosas possibilitam a redução da ansiedade e contribuem para a sensação de bem-estar.

### **Envelhecimento bem-sucedido x mal-sucedido**

- Envelhecimento como processo natural

O envelhecimento é um processo natural do desenvolvimento. Fatores ambientais e socioculturais, como qualidade e estilo de vida, dieta, sedentarismo e exercício estão intimamente ligados ao envelhecimento sadio, bem-sucedido, ou patológico, mal-sucedido.<sup>14</sup> Para o entrevistado, Sr. Cravo, envelhecer é um processo natural:

Ribeiro, M.dos S., Cendoroglo, M.S., & Lemos, N.de F.D. (2015, abril-junho). A percepção dos idosos acerca de seus hábitos de vida e comportamento de autocuidado quando jovens e a influência destes na saúde e envelhecimento.

*Revista Kairós Gerontologia*, 18(2), pp. 81-101. ISSN 1516-2567. ISSN e 2176-901X.

São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

*“Envelhecer é o ciclo natural da vida, né? Nós envelhecemos para fechar o ciclo, nascemos, crescemos e voltamos para o ponto inicial. É o envelhecimento; tudo na vida tem ciclo de envelhecimento, desde a molécula, do microcosmo até o macrocosmo dos universos. Envelhecer é a lei natural de todos os universos, não existe exceção, nascer, viver, reproduzir, avançar moral e espiritualmente e voltar pra casa.” (Cravo).*

- Envelhecimento bem-sucedido

O conceito de envelhecimento bem-sucedido gera debates, porque depende de uma apreciação individual; é um conceito subjetivo que, no entanto, deve ser pesquisado e melhor compreendido, para que o objetivo de promover a saúde e bem-estar nesta fase da vida seja alcançado por muitos idosos e profissionais da saúde. (Teixeira, & Neri, 2008).

Considerando que o conceito de envelhecimento bem-sucedido depende da subjetividade de cada indivíduo, a seguir a fala da entrevistada senhora Acácia que relaciona envelhecimento e liberdade:

*“Todo nós envelhece, né? É muito bom... sabe que eu gosto mais de ser velha do que de ser nova? Hoje eu tenho minha liberdade.” (Acácia).*

Ratifica a esse respeito, Goldenberg (2011, p. 84), para quem:

A grande mudança com o envelhecimento parece ser essa mudança de foco, de deixar de existir para os outros e passar a ser “eu mesma” pela primeira vez na vida. É uma verdadeira libertação.

Segundo Simone de Beauvoir (1970), principalmente para as mulheres, envelhecer pode representar uma libertação, já que submetidas durante toda a vida ao marido e dedicadas aos filhos, podem enfim preocupar-se consigo mesmas.

- Envelhecimento mal-sucedido

A velhice demonstra vulnerabilidades e disfunções físicas e/ou psíquicas mais do que experiências e conquistas. Em decorrência das ansiedades que gera, pensar o envelhecimento remete, na maioria das vezes, a dificuldades, perdas e limitações. Isto se reflete na seguinte fala:

*“Eu fico triste de não poder fazer minhas coisas, tudo, né? Eu gosto de fazer crochê, mas agora não dá mais para eu segurar a agulha de crochê.” (Dália).*

Invariavelmente, o processo de envelhecimento vem acompanhado de diversas perdas, limitações na funcionalidade, sociais e físicas. Essas perdas também podem resultar em insatisfação com a imagem corporal (Rocha, & Terra, 2013). Na fala a seguir, fica evidente o impacto do envelhecimento na imagem corporal:

*“Às vezes eu fico triste de olhar no espelho meu rosto, né? Rs... com as rugas, não tem mais jeito, né? Mas eu... vou levando.” (Girassol).*

Na cultura brasileira, em que o corpo é considerado mais importante que a própria roupa, o corpo é compreendido como capital e até mesmo como uma forma de ascensão social. Essa crença de corpo atrelado a *status* social promove uma cultura de investimento na forma física e, também, profunda insatisfação com a aparência (Goldenberg, 2011).

## **Cuidado de si**

- Cuidado de si quando jovem

Envelhecer com saúde é um objetivo alcançável por quem revela o comportamento de autocuidado (Silva, & Santos, 2010). Segundo Fernández, *et al.*, (2011), o autocuidado é a capacidade que um indivíduo possui para cuidar de si mesmo. O comportamento de autocuidado deve vir desde a juventude; no entanto, esta não constitui uma prática recorrente:

*“Um jovem é o exemplo mais perfeito; eles acham que são eternos e que têm uma saúde que nunca vai deixá-los. Eles esbanjam, fazem as coisas mais aberrantes, uma aberração de comportamento... E a grande maioria esbanja o tempo, não se prepara, não tem noção de nada... bebem demais, fumam, uma porção de coisas.”* (Cravo).

Segundo Enne (2011), o estilo de vida jovem vem associado ao consumismo e hedonismo. Assim como nas falas do senhor Cravo, a juventude se desperdiça em prazeres prejudiciais à saúde, incluindo álcool e tabaco. A grande maioria não se prepara para o futuro, não busca o cuidado com a saúde.

No artigo de Soler (2008) este ratifica Michel Foucault, ao afirmar que o cuidado de si é uma prática ética exercida no âmbito da racionalidade, porque cuidar de si significava saber superar todos os instintos que poderiam prejudicar a existência. O controle dos instintos e o cuidado de si devem vir desde a juventude, já que, segundo Fernandes, Loureiro, e Medeiros (2011), os problemas de saúde enfrentados pelos idosos não se iniciam quando estes atingem sessenta anos, mas são resultantes, dentre outros fatores, de um acúmulo de experiências passadas, incluindo a relação dos cuidados com a saúde.

- Cuidar dos outros em detrimento do cuidar de si

Segundo Silva, Francioni, Sena, Carraro, e Randünz (2005), o cuidado com o outro pressupõe o cuidado de si; no entanto, ao longo das entrevistas fica evidenciado a falta de tempo para conciliar o cuidar de si com o cuidado com o outro:

*“Não, não tinha tempo. Minha vida foi só trabalhar, nunca tive tempo pra mim, sempre eu tive tempo pros outros.”* (Acácia).

*“A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida.”* (Carta de Ottawa, 1986).

- Cuidar da saúde relacionada ao médico

Barros (2002) complementa que o pensamento mágico/ religioso compreendia a doença como consequência do interesse de forças sobrenaturais; com o avanço do pensamento médico, a doença passa gradativamente a ser vista como um fenômeno natural, passível de ser compreendido e liberado da intromissão de forças divinas ou malévolas. Com René Descartes, surge a compreensão do ser humano como máquina, uma visão reducionista e fragmentada do corpo, denominado modelo biomédico. Neste modelo, o profissional médico é compreendido como o único capaz de “consertar” a máquina.

*“... depende dos médicos; pra mim, envelhecer bem, isso daí a gente fala que a gente depende muito dos médicos, né?” ( Acácia).*

Com o modelo biomédico, a saúde, o envelhecimento e a própria morte, termo inevitável da vida, passaram a ser vistos como um reflexo da incapacidade do médico ou dos sistemas responsáveis pela manutenção da vida (Barros, 2002).

- Cuidar da saúde relacionada a crenças populares

*“E naquele tempo, às vezes era uma benção que a mãe da gente levava e chazinho, raiz, que aprendia, fazia chá, fazia xarope, né?” (Dália).*

Hoje, com a disseminação do modelo biomédico, esta prática está sendo cada vez mais diminuída, sendo substituída pelo uso de medicamentos.

Segundo Barros (2002), com o modelo biomédico surgiu à medicalização da saúde, sob a ilusão, aparentemente respaldada nos pressupostos técnico-científicos, que ao tomar um medicamento, se interfere sobre os sintomas da doença, dominando-os.

- Cuidar de si quando idoso

O cuidado com a saúde deve permanecer mesmo com o avançar da idade. Os idosos entrevistados buscam o cuidado com sua saúde, principalmente nesta fase da vida.

*“Por exemplo, você morrer, normalmente é, eu vou viver com uma saúde até esse dia, porque eu vou cuidando da saúde.”* (Crisântemo).

Segundo Silva e Santos (2010), cuidar de si não é uma tarefa fácil, principalmente na velhice que é compreendida por um processo de mudança contínua e que, a todo o momento, necessita de uma reconquista do equilíbrio.

## **Mudança**

- Refletindo sobre a mudança

Os cuidados relacionados à saúde de cada um constituem um processo que envolve mudanças comportamentais, evitar hábitos prejudiciais à saúde e a manutenção daqueles que promovem a saúde. Segundo Santos, Alves, Silva, Caldas, e Berardinelli (2012), o grau de consciência que o indivíduo apresenta sobre seu problema de saúde, e o quanto se empenha para enfrentá-lo, subsumem-se no estágio de mudança. São seis estágios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e término.

No estágio de pré-contemplação, a pessoa não tem intenção de mudança de comportamento em um futuro previsível (Santos, *et al.*, 2012). Quando questionado aos idosos entrevistados se eles se achavam capazes de modificar sua saúde, recebemos algumas respostas características do estágio da pré-contemplação:

*“Ah, agora, eu acho que não to aguentando mais não.”* (Dália).

*“Eu a modificaria, se fosse necessário, né? Mas eu me sinto uma pessoa saudável e não penso em modificar, ou não.”* (Cravo).

Na fala do senhor Cravo, percebe-se que não foi identificado problema de saúde, não havendo, portanto, o estímulo para iniciar a mudança. Já na fala da senhora Dália fica evidente o fato de ela não se achar mais capaz de modificar sua saúde. Segundo Rocha e Terra (2013), o processo de envelhecimento, invariavelmente, vem acompanhado de perdas e limitações na funcionalidade. Para a senhora Dália, estas limitações a impedem de buscar mudanças para se cuidar melhor.

Uma grande parte dos idosos entrevistados não reconheceu em si o poder de mudança da sua situação de saúde. O poder de mudança foi recorrentemente relacionado aos médicos e a Deus. A seguir, a fala da senhora Acácia, que identificou a figura do médico como capaz de modificar sua situação de saúde:

*“Só dependendo dos médico, né? Pegar um médico bom, posso. E aqui tem médico bom. Aqui tem uns médico bom, eu to no lugar certo.”* (Acácia).

Apesar das diferentes formas de compreender saúde, como discutido na primeira categoria temática, uma grande parcela da sociedade ainda compreende a saúde por um modelo biomédico em que a saúde é o oposto da doença e em que o médico é identificado como o principal ator deste modelo (Fonseca, & Corbo, 2007).

Em outras falas, Deus foi identificado como o responsável por modificar a saúde:

*“Pode... o que que eu posso fazer? Deus que pode fazer por mim. Ele ver... Se ele ver que eu posso melhorar, eu melhora; se ele ver que eu não posso, eu fico como estou mesmo.”* (Orquídea).

No artigo de Alves, R.R., Alves, H.da N., Barboza, e Souto (2010), acerca da influência da religiosidade na saúde, foram identificados estudos que correlacionavam práticas e crenças religiosas com saúde física, mental e longevidade. No entanto, aspectos negativos também foram identificados como o uso inadequado dos serviços de saúde e estratégias negativas de *coping*. Acreditar que Deus é o único capaz de modificar sua condição de saúde retira do idoso todo o poder sobre si mesmo, enfraquecendo sua capacidade de tomar decisões para melhora de sua saúde.

- Poder da mudança

Segundo Santos, *et al.* (2012), a partir do estágio de “contemplação”, o indivíduo se torna consciente sobre a existência de um problema; no entanto, nesse estágio, ainda não tomam uma decisão concreta no sentido de promover a mudança. A seguir, a fala da Senhora Rosa, característica do estágio da contemplação:

*“Eu posso mudar... eu posso melhorar... eu tenho aparelhos de hidro... de... aqueles aparelhos de caminhada em casa, eu tenho uma bicicleta sentada, mas aquilo ali fica encostado e... eu poderia usá-los rs... não é falta de opção, é hábito mesmo.”* (Rosa).

Segundo Santos, *et al.* (2012), na “ação”, os indivíduos modificam o comportamento e ou as atitudes, a fim de superar os problemas. A seguir, a fala do senhor Crisântemo, característica do estágio da ação:

*“Olha na fisioterapia eu posso... a morte de... certo ponto, é por exemplo, você morrer, normalmente é, eu vou viver com uma saúde até esse dia, porque eu vou cuidando da saúde, mas vamo vê... mas se morrer... qualquer idade a gente morre, né?”* (Crisântemo).

Independentemente do estágio de mudança em que o senhor Crisântemo e a Rosa se encontravam, ambos reconheceram em si o poder de mudar sua saúde. A mudança de hábitos nem sempre é uma tarefa fácil principalmente no envelhecimento. Como discutido anteriormente, o indivíduo precisa reconhecer o problema e reconhecer dentro de si o poder de modificá-lo. Segundo Almeida, Marcelino, e Vieira (2012), o empoderamento é uma estratégia de desenvolvimento que visa a aumentar o poder e a autonomia dos indivíduos, a fim de dirigirem seus próprios destinos; é um processo que ocorre mediante a educação em saúde, em que há o compartilhamento de informações e não se dá de uma forma verticalizada. O idoso deve compreender que o poder de mudar sua condição de saúde não está fora de si, mas que depende diretamente dos seus hábitos de vida e de sua capacidade de modificá-los.

### **Considerações finais**

O estudo permitiu compreender a percepção dos idosos acerca de seus hábitos de vida e como estes se relacionam com seu processo de envelhecimento e sua saúde atual.

O método de História Oral permitiu a compreensão do relato de cada idoso entrevistado acerca de seus hábitos, captando suas percepções. A baixa escolaridade de alguns idosos se constituiu numa limitação do estudo, devido à dificuldade de compreensão de algumas perguntas e conseqüentemente impactou na formulação das respostas.

Durante o estudo, foi evidenciado que o desafio de chegar ao envelhecimento em boas condições de saúde, com uma vida ativa, e sentindo-se bem consigo mesmo pode ser alcançável por aqueles que se prepararam desde jovens para esta fase da vida. A percepção da saúde e do envelhecimento, para os entrevistados, ainda permaneceu bastante calcada no modelo biomédico; alguns viam na figura do médico a única forma de modificar sua situação de saúde; outros atribuíram esta responsabilidade a Deus. No entanto, ao longo do estudo, ficou evidenciada a importância de perceber em si o poder de mudar e guiar sua saúde.

## Referências

- Almeida, A.S., Marcelino, P.C., & Vieira, S. (2012). Empoderamento no processo de envelhecimento humano: algumas reflexões e contribuições sobre saúde e qualidade de vida. *EFDportes.com, Revista Digital*, 17(167).
- Alves, R.R. da N., Alves, H.da N., Barboza, R.R.D., & Souto, W.de M.S. (2010). The influence of religiosity on health. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4), 2105-2111.
- Barros, J.A.C. (2002). Considering the health-disease process: what does the biomedical model answer to? *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67-84.
- Beauvoir, S.de. (1970). *A velhice*. São Paulo (SP): Difusão Europeia do Livro.
- Brasil. Lei Federal n.º 10741, *Estatuto do Idoso*. 1º de outubro de 2003.
- Brasil. (1990). Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Seção 1:018055.
- Brêtas, A.C.P. (2000). Pesquisa qualitativa e o método da história oral: aspectos conceituais. *Acta Paul Enf*, 13(3), 81-91.
- Buss, P.M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77-93.
- Enne, A.L. (2011). Juventude como espírito do tempo, faixa etária e estilo de vida: processos constitutivos de uma categoria-chave da modernidade. *Comunicação, Mídia e Consumo*, 7(20), 13-35.
- Ribeiro, M.dos S., Cendoroglo, M.S., & Lemos, N.de F.D. (2015, abril-junho). A percepção dos idosos acerca de seus hábitos de vida e comportamento de autocuidado quando jovens e a influência destes na saúde e envelhecimento. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(2), pp. 81-101. ISSN 1516-2567. ISSN e 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

- Fernandes, M.G.M., Silva, A.O., Loureiro, L.S.N., & Medeiros, A.C.T. (2011). Indicadores e condições associadas ao envelhecimento bem-sucedido: revisão integrativa da literatura. *Cogitare Enfermagem*, 16(3), 543-548.
- Fernández, A.R., & Manrique-Abril, F.G. (2011). Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes em adultos mayores. *Avances en Enfermería*, 29(1).
- Ferraz, A.F., & Peixoto, M.R.B. (1997). Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 31(2), 316-338.
- Fonseca, A.F., & Corbo, A.D. (2007). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro (RJ): EPSJV/Fiocruz.
- Geib, L.T.C. (2012). Social determinants of health in the elderly. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), 123-133.
- Goldenberg, M. (2011). Corpo, envelhecimento e felicidade na cultura brasileira. *Contemporânea*, 9(2), 77-85.
- Khaw, K., Wareham, N., Bingham, S., Welch, A., Luben, R., *et al.* (2008). Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: The EPIC-Norfolk Prospective Population study. *PLoS Med*, 5(12).
- Mayan, M.J. (2001). *An introduction to qualitative methods: a training module for students and professionals*. Edmonton, Universidade of Alberta.
- Mendes, R., & Dias, E.C. (1991). Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, 25(5), 341-349.
- Ministério da saúde. (2007). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n.º 19.
- Montoya, G., Ramón, L., Salazar, L., Ramón, A. (2010, enero-junio). Estilo de vida y salud. *Educere*: 14(48), 13-19, Revista *Venezolana de Educación*. Mérida (Venezuela): Universidad de los Andes. (ISSN 1316-4910). Recuperado em 12 abril, 2015, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35616720002>.
- Oliveira, C.L. (2008). Um apanhado teórico-conceitual sobre a pesquisa qualitativa: tipos, técnicas e características. *Travessias*, 2(3).
- Oliveira, M.J.I., & Santo, E.E. (2013). A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*, 2(2).
- Panzini, R.G., Rocha, N.S., Bandeira, D.R., & Fleck M.P.A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade: revisão da literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 105-115.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2009). *Fundamentos de Enfermagem*. (7ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Elsevier.
- Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. (1986). *Carta de Ottawa*. Ottawa (Canadá).
- Rocha, L.M.B.C.R.M., & Terra, N. (2013). Imagem corporal em idosos: uma revisão. *Scientia Medica*, 23(4), 255-261.

- Santos, A.C. dos, Enéas, M.L.E., & Yoshida, E.M.P. (2012). Estágios de mudança: correlação entre duas formas de avaliação. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14(3), 134-139.
- Santos, I. dos, Alves, A.C. dos S., Silva, A.F.L. da, Caldas, C.P., Berardinelli, L.M.M., & Santana, R.F. (2012). The research group building self-care actions for the healthy aging process: sociopoetic research. *Escola Anna Nery*, 15(4), 746-754.
- Silva, A.C.dos S., & Santos, I.dos. (2010). Promoting the self care of the elderly for healthy aging: application of nola pender theory. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 19(4), 745-753.
- Silva, L.W.S. da, Francioni, F.F., Sena, E.L.da S., Carraro, T.E., & Randünz, V. (2005). O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4), 471-475.
- Stein, R. (1999). Atividade física e saúde pública. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 5(4), 147-149.
- Teixeira, I.N.D.A.O., & Neri, A.L. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol. USP*, 19(1), 81-94.
- World Health Organization. (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; Suzana Gontijo, Trad. Organização Pan-Americana da Saúde.
- Zenevicz, L., Moriguchi, Y., & Madureira, V.S.F. (2013). A religiosidade no processo de viver envelhecendo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(2), 433-439.

Recebido em 19/05/2015

Aceito em 30/06/2015

---

**Mariana dos Santos Ribeiro** - Enfermeira, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Envelhecimento da UNIFESP.

E-mail: smarianaribeiro@gmail.com

**Maysa Seabra Cendoroglo** - Médica Geriátrica, Professora Adjunta da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo, Chefe da Disciplina de Geriatria e Gerontologia. Escola Paulista de Medicina/UNIFESP.

Email: maysa.seabra.cendoroglo@gmail.com

**Naira de Fátima Dutra Lemos** - Assistente Social da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da UNIFESP, especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Mestre e Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo, coordena o Programa de Assistência Domiciliar ao Idoso e o Ambulatório para Cuidadores (DIGG/UNIFESP).

E-mail: [nairadutra@uol.com.br](mailto:nairadutra@uol.com.br)