



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Aila Cristina dos Santos Alves

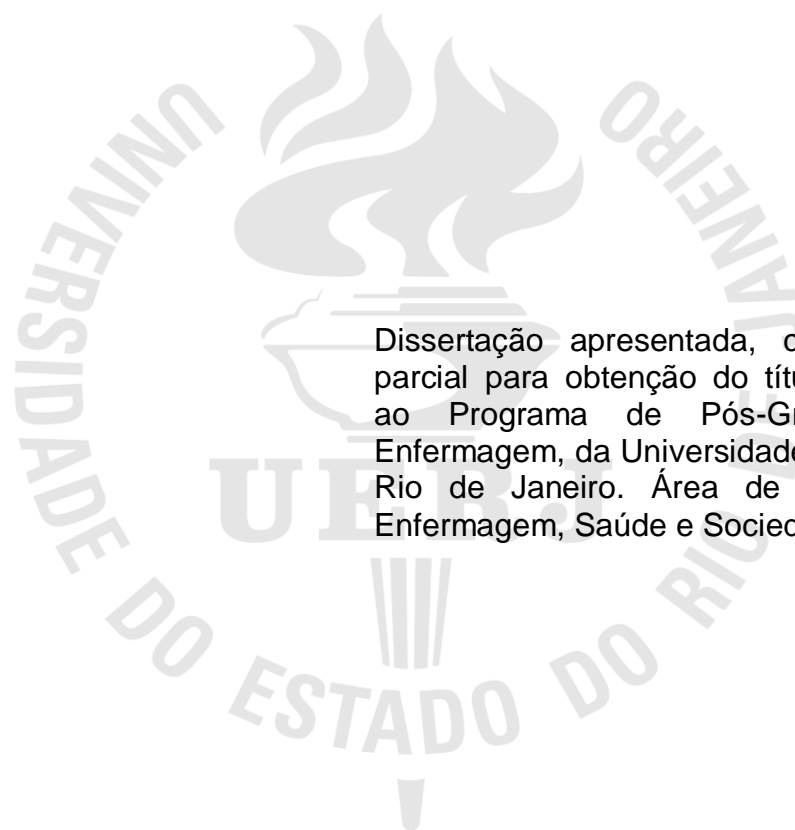
**Sociopoetizando a construção das ações de autocuidado no
envelhecimento saudável: uma aplicação da teoria de Nola Pender**

Rio de Janeiro

2010

Aila Cristina dos Santos Alves

**Sociopoetizando a construção das ações de autocuidado no envelhecimento
saudável: uma aplicação da teoria de Nola Pender**



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

Orientadora: Prof.^a Dra. Iraci dos Santos

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

A474 Alves, Aila Cristina dos Santos.
Sociopoetizando a construção das ações de autocuidado no envelhecimento saudável: uma aplicação da teoria de Nola Pender / Aila Cristina dos Santos Alves. - 2010.
162 f.

Orientadora: Iraci dos Santos.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Envelhecimento – Aspectos da saúde. 2. Cuidados pessoais com a saúde. 3. Poesia – Aspectos sociais. 4. Promoção da saúde. 5. Pender, Nola J., 1941- I. Santos, Iraci dos. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

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

Assinatura

Data

Aila Cristina dos Santos Alves

**Sociopoetizando a construção das ações de autocuidado no envelhecimento
saudável: uma aplicação da teoria de Nola Pender**

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

Aprovada em 11 de janeiro de 2010.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Iraci dos Santos (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof. Dr. Gabriel Eduardo Schütz
Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)

Prof.^a Dra. Célia Pereira Caldas
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2010

DEDICATÓRIA

Às grandes inspirações da minha vida na conclusão desta obra: aos meus pais Jorge Luís Alves e Maria Sônia; e a minha orientadora Iraci. Com vocês, o meu sonho se tornou realidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, excelência e inspiração da minha vida. Obrigada por me presentear com este sonho e a oportunidade de torná-lo real.

À minha família, por estar sempre ao meu lado me sustentando e me apoiando em todos os projetos da minha vida, amo vocês.

À Prof^a. Dr^a. Iraci dos Santos por compartilhar o seu tempo para a realização desta obra. Toda minha gratidão pelos ensinamentos, incentivo e carinho. Agradeço também pela sua compreensão nos momentos difíceis.

Ao grupo pesquisador pela riqueza dos conhecimentos produzidos e experiências que juntos proporcionaram revelar a arte de viver, de maneira poética e prazerosa.

Aos colegas enfermeiros Alysson Fábio, Ana Paula Salgado, Hamilton Delgado de Almeida e a Fga. Kétili Alves (mana) pela colaboração no grupo. Aos professores da UERJ, ENSP e UFF pelo conhecimento construído ao longo da minha trajetória.

À banca examinadora que com dedicação atendeu a todas as solicitações.

À coordenação e aos secretários do mestrado em enfermagem da UERJ pelo apoio.

O que for a profundidade do teu ser, assim será o teu desejo. O que for o teu desejo, assim será a tua vontade. O que for a tua vontade, assim serão teus atos. O que forem teus atos, assim será o teu destino.

Brihadanariaka Upanishad

Mestre Indiano

RESUMO

ALVES, Aila Cristina dos Santos. *Sociopoetizando a construção das ações de autocuidado no envelhecimento saudável: uma aplicação da teoria de Nola Pender*. 2010. 162f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

O envelhecimento populacional no Brasil sobreleva a necessidade de organização de serviços de saúde, sendo a estimulação do autocuidado uma estratégia privilegiada para orientar programas de promoção da saúde para pessoas idosas. Face à busca das mais variadas formas de viver bem, abrem-se fronteiras possibilitando o surgimento de modelos de envelhecimento saudável. Partindo do pressuposto de que as pessoas possuem uma dimensão imaginativa no “acrescentar qualidade aos anos de vida”, delimitou-se como objeto de estudo o imaginário de um grupo da terceira idade na construção das ações de autocuidado. Objetivos: descrever a poética sobre as ações de autocuidado construídas por um grupo de pessoas idosas; e analisar os significados (conceitos/confeitos) atribuídos por essas pessoas ao envelhecer. Utilizou-se como marco referencial a Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender. Trata-se de pesquisa descritiva, qualitativa, considerando o paradigma naturalista. Foi aplicado o método sociopoético por meio do dispositivo analítico Grupo Pesquisador, composto por 11 idosos participantes da Unati da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que desenvolveram a investigação no período de outubro a dezembro de 2008, mediante as técnicas de pesquisa: Dinâmica de Corpo como Território Mínimo e a Vivência de Lugares Geomíticos. Foram questões norteadoras do estudo, respectivamente: Como vocês se cuidam para o caminho do bom envelhecer? E Como é o autocuidado para o envelhecer saudável se ele for um lugar geomítico?. Os dados produzidos foram submetidos à análise categorial, dos estudos sociopoéticos. No estudo filosófico, observou-se haver coexistência da autoimagem realista revelando que os idosos estão mais aptos aos desafios da vida, pois seu comportamento é coerente com a ideia que faz de si, além de intenções, aspirações e tendências. O classificatório ressaltou as dicotomias das ações de autocuidado tendo: *O Autocuidado através dos Limites e Possibilidades; e Transcender para Experienciar o Dom do Envelhecer; O transversal revelou O Autocuidado como Reconhecimento das Necessidades de Saúde, enquanto no surreal sobrelevam-se Aceitar o Novo para um Renascer Saudável; Perseverança para Conviver com o Envelhecimento; e Procurar Assistência pode Desvelar Temores para a Finitude do Viver*. Conclui-se que a compreensão do imaginário dos sujeitos de pesquisa mediada pela teoria de Pender permitiu identificar fatores que influenciam e motivam o autocuidado para comportamentos saudáveis. Assim, o grupo vislumbra para seu futuro uma imagem de envelhecer mais dinâmica, adotando para si próprio um viver mais autônomo, ativo e bem-sucedido. À contribuição do estudo, propõe-se aos enfermeiros a apropriação de conceitos teóricos como forma de traduzir a realidade e demonstrar alternativas viáveis de ações de cuidado/saúde, bem como a utilização das práticas de dinâmicas de criatividade e sensibilidade nas atividades assistenciais.

Palavras-chave: Autocuidado. Envelhecimento saudável. Pesquisa sociopoética. Teoria de Nola Pender.

ABSTRACT

Aging speed up process in Brazil raising up the necessity of enlargement of public politics and health services organization, being the incentive of self-care one of the best strategy to guide health programs for aged people. In view of search of the most varied forms of living well, models of healthful aging appeared. Considering that people has an imaginative dimension in the art of living, in "adding quality to the years of life", the imaginary of a third age group in the construction of the self-care actions was delimited as study object. The objectives of investigation are: to describe the poetical on the self-care actions constructed by age people group; to analyze the meanings (concepts/confetos) attributed by these people to make old. Nola Pender's Theory of Health Promotion was used as reference. This is a descriptive, qualitative research, considering the naturalistic paradigm. The sociopoetic method was applied through the Searching Group analytical device, composed for 11 Unati's aged people of the University of the State of Rio de Janeiro, who had developed the investigation, in the period of October to December/2008 with the following techniques of research: Body Dynamic as Minimum Territory and the Experience of Geomythics Places (bridge, road, fail, labyrinth, top, well, threshold and track). These had been the questions which guide the study, respectively: How do you take care of yourself in the way for a good aging? How is the self-care for the healthful age if it were a geomythics place? The produced data had been submitted to category analysis, considering the sociopoetics studies. In the philosophical study, it was observed a coexistence of the realistic self-image, disclosing that the aged people are fitted to the life challenges; therefore its conduct is coherent with the idea that makes of itself, besides intentions, aspirations and trends. The classification emphasizes the dichotomies in actions of self-care with the analytical categories: The Self-care through the Limits and Possibilities; and Transcend to experience the gift of aging. The transversal disclosed: The Self-care as Recognition of Health Necessities; while in the surreal is standed out: To accept the New to be born again healthful; Perseverance to coexist with aging, and; To look for assistance can Expose Fears for the finish of live. It is concluded that the understanding of the imaginary of the objects of research, based on the Pender's theory, allowed us to identify factors, which influenced and motivate the self-care for healthful behaviors. Thus, the group considers for its future an image of more dynamic age, adopting for itself a more independent, active and well-succeeded life. With reference to the contribution of the study, the appropriation of theoretical concepts as the way to show the reality and to demonstrate alternatives of actions for care/health is proposed to nurses. As well as the inclusion and the use of dynamic of creativity and sensitivity practices, in help activities.

Keywords: Self-care. Healthful aging. Sociopoetic research. Nola Pender' Theory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Pirâmides da população brasileira em 1970-2050.....	15
Figura 2 – Revised health promotion model.....	34
Figura 3 – Produção referente à dinâmica “a construção do rosto coletivo”.....	67
Figura 4 – Cartaz sobre ‘autocuidado’ desenvolvido com o GP.....	71
Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos/membros do GP.....	83
Figura 5 – Produção A: Corpo revelando marcas de obesidade <i>versus</i> controle de doenças crônicas.....	85
Figura 6 – Produção B: Aprendendo e cuidando do corpo.....	88
Figura 7 – Produção C: Cuidar valorizando as dimensões corporais (físico, mente e espírito).....	90
Figura 8 – Produção D: Autocuidado reconhecendo atitudes e comportamentos.....	92
Figura 9 – Produção E: Cuidar para o enfrentamento de problemas relacionados ao envelhecimento.....	94
Figura 10 - Produção F: Cuidar e o reflexo do “espelho”.....	97
Figura 11 - Produção G: Autocuidado: a capacidade de “olhar para dentro de si”.....	99

Figura 12 - Produção H: Corpo revelando: momentos de espaço vazio/descuidado.....	101
Figura 13 - Produção I: Autocuidado na visão dos direitos à saúde.....	104
Quadro 2 - Apuração dos temas representativos da estrutura de pensamento grupal dos co-pesquisadores, na dinâmica corpo como território mínimo.....	106
Quadro 3 - Organização das categorias teóricas e empíricas da produção de dados sobre o autocuidado na análise sociopoética.....	108
Quadro 4 - Apuração dos temas representativos da estrutura de pensamento grupal dos co-pesquisadores, na dinâmica vivência de lugares geomíticos.....	111
Figura 14 - Diagrama de Pender, a partir da dimensão imaginativa do GP na construção das ações de autocuidado para o envelhecimento saudável.....	136

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	MARCO REFERENCIAL	23
1.1	O envelhecer de maneira saudável: conceitos	23
1.2	Saúde e bem-estar: a necessidade do reconhecimento	26
1.3	Atitudes e comportamentos	28
1.4	Teoria da promoção da saúde	30
1.4.1	<u>Promover a saúde: uma contribuição de Nola Pender</u>	31
1.5	O envelhecer saudável através do autocuidado	41
1.5.1	<u>A imagem corporal no reflexo do autocuidado</u>	47
2	MARCO TEORICO METODOLOGICO	51
2.1	Conhecendo o campo de pesquisa	52
2.2	Dimensionando a poética da pesquisa	54
2.3	O grupo pesquisador	59
2.3.1	<u>Desenvolvimento do grupo pesquisador</u>	60
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	80
3.1	Caracterização dos sujeitos/membros do grupo pesquisador	80
3.2	Produção e análise da dinâmica o “corpo como território mínimo”: estudo filosófico	85
3.3	Produção e análise da dinâmica “vivência de lugares geomíticos”: estudos sociopoéticos	107
4	CONCLUSÕES	137
	REFERÊNCIAS	145
	APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	159
	APÊNDICE B - Formulário de entrevista/caracterização do grupo pesquisador.....	161
	ANEXO - Carta de aprovação do comitê de ética.....	162

INTRODUÇÃO

O desvelar das minhas motivações

Ao iniciar a leitura deste estudo, muito se pode perguntar sobre o porquê do meu interesse pelo tema Envelhecimento. Então, nesta singular oportunidade, quero compartilhar, de maneira bem sucinta, os vários momentos da minha vida e como caminhei até aqui.

O tempo não para - e envelhecer é a única maneira de descobrir que se viveu muito tempo. E se desejamos muito tempo de vida, nosso viver implica necessariamente envelhecer...

Certamente uma reflexão bem marcante é aquela em que nos perguntamos se estamos ficando velhos. Então como seria envelhecer? Como o corpo e a mente poderiam marcar a passagem de anos? Eu, de uma forma muito curiosa, perguntei ao meu avô como seria envelhecer. E ele me respondeu: “Você não sente, não percebe, quando você vê, os anos já passaram...”.

Vislumbrando então esse novo panorama intitulado “geriatria” da sociedade, que se firma pelos avanços de tecnologia em saúde e redução das taxas de natalidade, observei também que variam muito a atitude e o comportamento das pessoas quando atingem a terceira idade.

Ao sentar-me à mesa bem cedo, todo o dia, ao café da manhã, presencio em minha rua um grupo de pessoas idosas em suas atividades de caminhada. É tanta alegria interior, é tanto vigor... Haja disposição para caminhar quarteirões! Acorda a vizinhança saudando bem alto com um grande bom-dia entusiasmado. Muitas vezes parei e perguntei à minha família e a mim mesma: De onde aquelas pessoas idosas retiravam tanta energia logo de manhã? Que motivações eram aquelas? O que elas buscavam e o que encontravam naquelas manhãs? Que propósitos existiam?. Em parte eu fazia isto para admirá-las, mas, na verdade, foi se tornando parte da minha rotina ouvi-las bem cedo. Quando às vezes mudavam seu trajeto, confesso que sentia sua falta.

Este cenário abriu oportunidades de construir muitas perguntas e inquietações que, após sua passagem, ficaram para mim como algo a explorar.

Hoje, entendo que esta paixão pela vida (viver/envelhecer), que me contagiava todas as manhãs, partia do contínuo aperfeiçoamento da arte de viver – a busca de acrescentar “vida aos anos”. Para alguns, poderia parecer uma utopia, mas para eles era uma possibilidade e uma realidade.

Outro momento da trajetória foi o início da minha vida acadêmica, principalmente nos estágios curriculares e extracurriculares em que vivenciei boa parte da assistência a esta seleta população. Participei também de Monitoria durante um ano, voltada para a Saúde do Idoso e, inserida neste campo de vivências, aproveitei a oportunidade para elaborar minha Monografia na área da Saúde do Idoso.

No caminho, encontrei muitas dificuldades referentes ao trabalho de Enfermagem, inseridas nas disciplinas do curso de graduação, pois, na compreensão da Enfermagem, a orientação voltada para os cuidados globais nos obriga a uma maior utilização dos conhecimentos adquiridos, da criatividade e da capacidade de compreender as relações que existem entre o idoso, sua família e seu meio.

Buscando então preencher esta lacuna após a graduação, fui recebida e ao mesmo tempo presenteada com o Curso de Especialização da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, voltado para o Envelhecimento e Atenção à Saúde da População Idosa. Um ambiente riquíssimo que me proporcionou as ferramentas de que necessitava, não só na visão da Enfermagem, mas também em relação à contribuição das outras áreas profissionais.

Apropriada com essas ferramentas, e quase que ao mesmo tempo, outro projeto de minha vida se realizou – o mestrado – então, não tive dúvida sobre outra oportunidade de renovações no aprimoramento para a área do envelhecimento, agora bem mais instigante com o uso de “ferramentas novas”.

Hoje, juntamente com a orientação da Professora Iraci dos Santos, trago questões que acredito poderão ser construídas e reveladas pela Sociopoética, buscando entender na dimensão imaginativa a construção das ações de autocuidado, por um grupo de idosos, para o Envelhecimento Saudável. Entendo, também, que este estudo é complexo e não se esgota em uma só abordagem do conhecimento.

Desse modo, são inspirações para este estudo o alerta de Berger e Mailloux-Poirier (1995) quanto à necessidade de ampliação de estudos do envelhecimento,

considerando-o multifacetado, no qual a enfermagem tem um papel fundamental de promotora da saúde e de um Envelhecimento Saudável.

Diante disso, é necessário ampliarmos estas visões para que, como enfermeiras, percebamos desde o início o quanto é vasto e atraente o universo das pessoas idosas que têm tanto a nos ensinar. E, como retribuição, oferecer uma assistência que tenha por perspectiva o sujeito em sua singularidade, ou seja, os idosos são únicos, capazes de se adaptar, de crescer e de aprender. São adultos maduros em contínua mudança, marcados por muitos preconceitos numa sociedade que ainda não está preparada para encarar os desafios dessa nova realidade.

Amplitude da pesquisa

Pessoas idosas sempre existiram na história da humanidade. A questão é que hoje esta realidade passou de fato isolado para tornar-se fato globalizado. A “geriatriação” da sociedade, que significa aumento da proporção de idosos na população (PAPALÉO NETTO, 2002), emergiu no final do século XX, considerado um fenômeno social de grande importância, principalmente após o advento de tecnologias científicas avançadas, aliado à possibilidade de usufruir a longevidade, considerando-se também a qualidade de vida alcançada.

Há alguns anos, este era um cenário considerado tipicamente de países desenvolvidos, mas a partir do início da última década tornou-se impossível sustentar tal visão. O Censo de 1980 contabilizava oito milhões de pessoas idosas e, em 1991, esse número subiu para 10,6 milhões. No ano de 2000, o Censo confirmou, mais uma vez, o fenômeno citado, registrando 14,5 milhões de pessoas idosas. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008, p. 166), “países em desenvolvimento como o Brasil, por exemplo, apresentam uma população de idosos correspondente a 10,5% da população total”.

De acordo com a Organização das Nações Unidas, desde 1982, define-se a população idosa a partir dos 60 anos de idade, parâmetro válido para os países em desenvolvimento; subindo para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos.

Contextualizando mais sobre o assunto, a Figura 1 aponta as pirâmides etárias relativas à população brasileira, em seu longo período de 1970 a 2050. É interessante destacar a escolha inicial pela década de 70, porque foi nesse período que se iniciou o processo de transição demográfica brasileira.

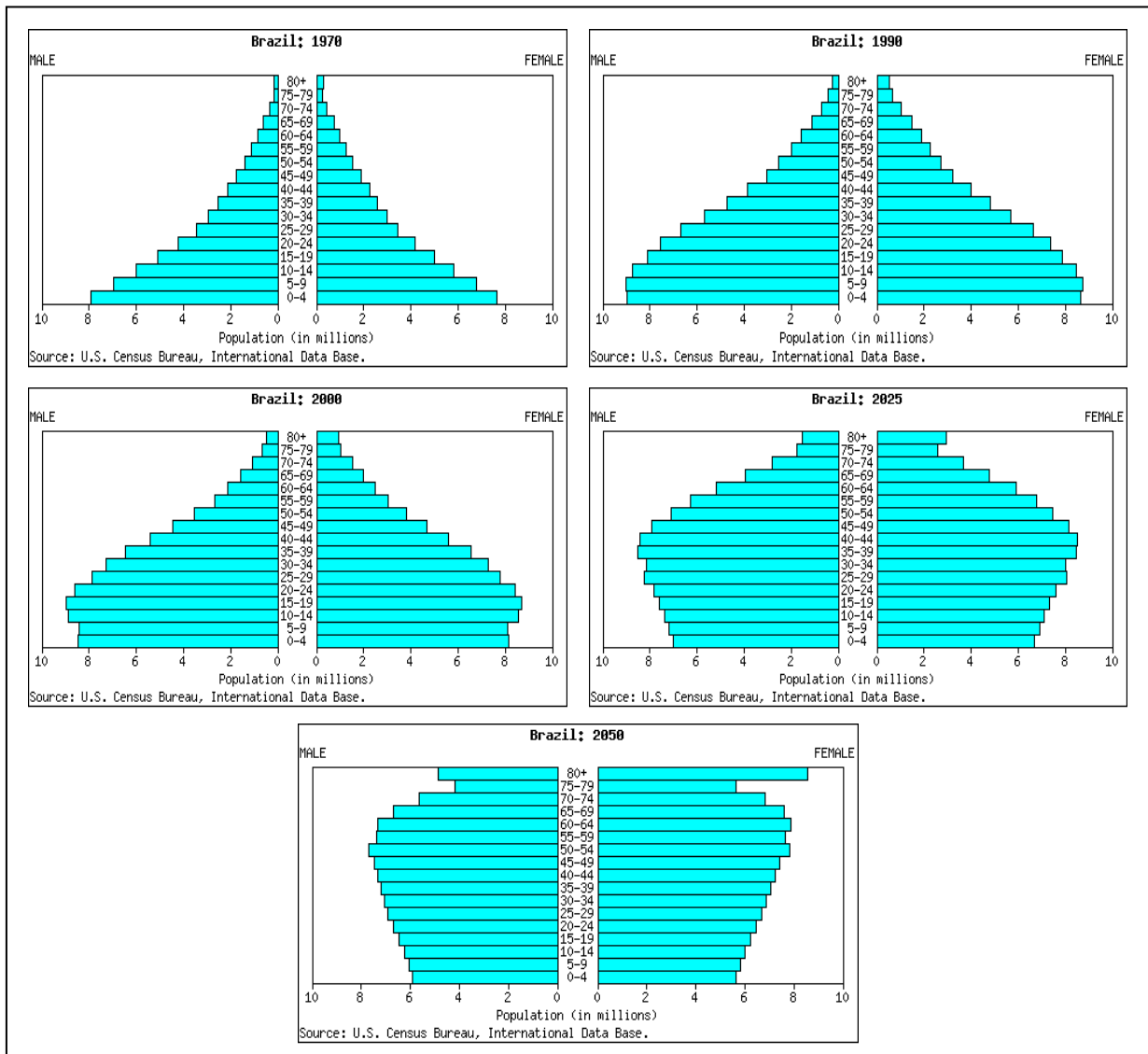


Figura 1 - Pirâmides da população brasileira em 1970-2050.
 Fonte: INTERNATIONAL DATA BASE (IDB). *U.S Census Bureau*. Disponível em:
 <<http://www.census.gov/ipc/www/idb/pyramidis.html>>. Acesso em: 12 Set. 2007.

A população brasileira vivenciou, até a década de 70, a mesma tendência das décadas anteriores quanto à forma da pirâmide (triangular de ampla base, afinando-se no topo), que foi marcada por altas taxas de mortalidade e altas taxas de

natalidade, constituindo este último, o elemento principal para manter essa geometria.

De acordo com a figura apresentada, nesse período, o Brasil apresentava um crescimento uniforme de seus segmentos, apresentando-se quase inalterável, com distribuição etária praticamente homogênea entre os jovens (menores de 15 anos), os economicamente ativos (15 a 64 anos) e os idosos (65 anos e mais) (CARVALHO; GARCIA, 2003; PEREIRA, 2000). Também foi a partir da década de 70 que novos rumos foram tomados, principalmente em relação a prováveis políticas ou programas de redução das taxas de natalidade e fecundidade que influenciarão nas próximas décadas. Há também um equilíbrio de gênero em todas as idades apresentadas nesta pirâmide, principalmente, referente às pessoas idosas, que é bem visualizado e expressivo.

Na década de 90, destaca-se que a proporção da população em idades menores tem tendência a diminuir, aumentando a do segmento economicamente ativo, observando-se um processo de envelhecimento contínuo da estrutura etária.

Em 2000, já se começa vivenciar uma pirâmide de crescimento lento, de base estreita, ou seja, menor proporção da população em idades menores, com “tendência à retangularização”, ou seja, com características que projetam os efeitos decorrentes das alterações nas taxas de mortalidade e fertilidade neste final de século.

O nível de fecundidade em 2000 já está bem próximo daquele de reposição, isto é, daquele que produz crescimento nulo da população em longo prazo. Em 1991, a fecundidade total, isto é, o número médio de filhos por mulher contabilizava 2,73, passando para 2,01 em 2005. (SUS, 2007). Como, provavelmente, a fecundidade continuará a cair, pode-se afirmar que a estrutura estável de 2000 define o grau de envelhecimento (WONG, 2001).

Atualmente, o país vive no terceiro estágio do modelo de transição demográfica (Tabela 1). Isto significa que “a transição não está completa e as perspectivas são de aumento da população, porém em ritmo decrescente” (PEREIRA, 2000, p. 175). No período 1991-2000, a taxa de crescimento da população foi de 1,64, tendo aumentado no período de 2001-2006 para 1,62 (SUS, 2007).

Tabela - Características do III estágio da transição demográfica

Fecundidade	Mortalidade	Mortalidade % por DIP	Mortalidade % por DCD	Esperança de vida	População	População % crianças	População % idosos
decrecente	decrecente	decrecente	Crescente	crescente	crescente	decrecente	crescente

% Refere-se às estatísticas de mortalidade proporcional por causa de:

DIP – Doenças infecciosas e parasitárias

DCD – Doenças crônico-degenerativas

Fonte: Pereira (2000, p. 168).

Com as mudanças na pirâmide populacional há de considerar uma outra relevância, que traduz a seguinte questão:

Além da transição demográfica, o país tem experimentado uma transição epidemiológica, caracterizada por importantes alterações no quadro de morbimortalidade, sendo que as doenças crônicas passaram a ser a principal causa de morte (BECK; GONZALES; COLOMÉ, 2003, p. 122).

Essas mudanças constituem um grande desafio, principalmente para o setor saúde, visto que a população idosa apresenta especificidades e necessidades diferenciadas que devem ser consideradas.

Os motivos básicos para o envelhecimento da população referem-se à redução dos índices de mortalidade e diminuição da taxa de natalidade; enquanto o outro, deve-se ao aumento da longevidade de pessoas com 60 anos ou mais. O número médio de anos de vida registrado em 2006 para uma pessoa ao completar 60 anos foi estimado em se esperar viver mais 19,41 anos para o sexo masculino e 22,56 anos, para o sexo feminino (SUS, 2007). Há também um outro fator, a migração, que ajuda a alterar a distribuição etária de uma população. Esses fatos asseguram o contínuo “agrisalhamento” da população mundial (WONG, 2001; PEREIRA, 2000).

Essa assertiva permite considerar que a longevidade do homem revela o atendimento de um desejo de todos os tempos. Porém, isto é insuficiente, pois é de fundamental importância que o aumento da expectativa de vida venha acompanhada da qualidade de vida, sem a qual envelhecer se torna um fardo pesado para a sociedade, para a família e, principalmente, para o próprio idoso.

Conforme a descrição apresentada, o acelerado processo de envelhecimento populacional no Brasil sobrepõe a necessidade de ampliação das políticas públicas e a organização de serviços de saúde, sendo a estimulação do autocuidado uma

estratégia privilegiada para orientar programas de promoção da saúde para pessoas idosas.

Portanto, a grande questão é fazer com que o prolongamento da vida seja acompanhado do viver com qualidade, principalmente quando se refere aos países em desenvolvimento como o Brasil, que ainda não encontraram soluções satisfatórias. As necessidades da infância se defrontam com a emergência de ter diante de si uma outra população, também, com problemas sociais e econômicos graves, buscando atendimento de suas demandas específicas (VERAS, 1996).

Foi, então, a partir da década de 60, que apareceu na Gerontologia o termo velhice bem-sucedida, associada a uma importante mudança ideológica, que consistiu em considerar que a velhice e o envelhecimento não são sinônimos de doença, inatividade e redução geral no desenvolvimento dos seres humanos.

É importante lembrar que, embora recentemente o envelhecimento bem-sucedido tenha tomado vulto no campo científico e entre as pessoas leigas, a ideia de sua existência já se apresenta desde a antiguidade. Cícero, autor do livro *Senectude*, concebe a ideia de que o indivíduo tem o poder de construir uma imagem positiva da velhice e de seu envelhecimento, afirmando que essa etapa não é feita apenas de declínio e perdas, mas abriga muitas oportunidades e mudanças positivas e de funcionamento produtivo. “Ronald Blythe também já alertava sobre a necessidade de um futuro próximo, de aprender a envelhecer, como um dia aprendemos a crescer” (FRUTUOSO, 1999, p. 45).

Hoje, a cena pública traz as múltiplas dimensões do envelhecer e as possíveis intervenções em saúde. Assim, considerando essas dimensões, a heterogeneidade se faz presente nos diferentes aspectos, pois temos diferentes idades biológicas e subjetivas em indivíduos com a mesma idade cronológica (PASCHOAL, 2006). E isto muito se deve às dificuldades encontradas de operacionalizar, nas práticas de saúde, estratégias que busquem a interferência no estilo de vida no contexto das condições econômicas, sociais e ambientais que determinam a saúde.

Facilitar ao indivíduo escolhas mais saudáveis talvez não seja a tarefa mais difícil, mas convencê-lo a adotar comportamentos mais positivos no envelhecer pode ser uma tarefa árdua. Além do mais, o fato de ele adotar uma mudança de atitude pode demorar muito para causar mudança de comportamento. E em alguns casos

pode nem chegar a ocorrer. Recorda-se que, muitas vezes, os conhecimentos são seguidos de recomendações de mudanças de hábitos e oferecidos como antídotos às vulnerabilidades apresentadas.

Esse propósito de construção de um novo modo de envelhecer revela que a pessoa que envelhece procura se cuidar, por pretender viver mais tempo, mesmo tendo a morte como horizonte inexorável.

Esta proposta de investigação se justifica pelo fato de a velhice se ligar à ideia de mudança contínua, tratando-se de um sistema instável no qual a cada instante é necessário reconquistar o equilíbrio. É neste fato que as pessoas idosas, em alguns momentos de suas vidas, negligenciam e deixam de se cuidar, perdendo a autoestima, indispensável principalmente na terceira idade, em consequência das perdas sofridas.

De acordo com Pender (SAKRAIDA, 2006), o objetivo da Enfermagem é ajudar as pessoas a cuidar de si mesmas. Ela trata também da promoção da saúde como modelo de base para estudar o modo como os indivíduos tomam as decisões sobre o cuidado de sua própria saúde dentro do contexto da Enfermagem.

Lima (2003, p. 48) contribui com o referencial de Coppard (1985), na definição de autocuidado consistindo em:

Todas las medidas y decisiones que adopta un individuo para prevenir, diagnosticar y tratar su propia enfermedad; todo comportamiento personal dedicado a mantener y mejorar la salud, y en la decisión de utilizar tanto los sistemas de servicios de salud informales como los servicios médicos formales¹.

O autocuidado é uma forma de comportamento individual relacionado à saúde. Para essa autora, tais atividades estariam ligadas à combinação de experiências cognitivas, crenças, hábitos e práticas que caracterizam o modo de vida do grupo e a cultura à qual o indivíduo pertence. E que o desempenho para tais atividades envolveria necessariamente uma decisão, uma escolha.

A decisão e a escolha devem ser incorporadas de modo ativo, ao invés de passivo; contudo, não apenas os fatores internos ao indivíduo, mas também o contexto em que ele vive, podem interferir no seu conhecimento ou habilidade de

¹ O trecho correspondente na tradução é: Todas as medidas e decisões que adota um indivíduo para prevenir, diagnosticar e tratar sua própria enfermidade; todo comportamento pessoal dedicado a manter e melhorar a saúde, e na decisão de utilizar tanto os sistemas de serviços de saúde informais como os serviços médicos formais.

refletir, julgar e decidir, podendo ainda influenciar na sua capacidade de adotar uma postura favorável ao autocuidado.

Coppard apud Lima (2003, p. 34) faz um alerta quanto à prudência na elaboração dos “programas de autocuidado”, pois pouco se conhece “a respeito das crenças e atitudes das pessoas idosas”.

Foi realizado um levantamento dos estudos correlatos em julho de 2008 na Biblioteca Virtual de Saúde. A princípio foram utilizados os descritores do formulário básico: “autocuidado” [palavras] e “idoso” [palavras]. Foi encontrado um total de 298 artigos nos indexadores da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (263), Scielo (05) e Base de Dados de Enfermagem (30). Acrescentando-se um descritor específico “enfermagem” [palavras], houve um decréscimo de publicações, encontrando-se no total de 68 artigos nos mesmos indexadores. Nestes foram selecionadas somente as publicações em português do período de 1984-2008.

Para a década de 80, foram encontrados quatro artigos referentes ao assunto; na década de 90, (19) artigos; e do ano de 2000 em diante, já foram encontrados (29) artigos. É visto que durante essas três décadas houve crescente aumento das publicações ligadas ao assunto. Ao investigar o contexto destas publicações brasileiras, a maioria enfocou o autocuidado centrado em clientes com doenças crônico-degenerativas não transmissíveis. Outro destaque foi o desenvolvimento do autocuidado aplicado a Teoria de Orem.

Além desses artigos, foram também encontradas quatro publicações retratando o autocuidado com enfoque no Envelhecimento Saudável, nas quais se trabalha com as percepções de saúde tanto do idoso quanto de sua família, com ações socioeducativas por meio de grupos como elemento facilitador. Assuntos tais como autonomia, independência, autoestima e qualidade de vida foram valorizados para o envelhecer saudável em qualquer circunstância do processo saúde-doença.

Outra questão a considerar e concordando com Santana (2004) é que muitos autores, na área da Enfermagem, fundamentam o conhecimento na dimensão biológica do envelhecimento, na dimensão do envelhecimento social, na existencial e na visão global. No entanto, existe um número reduzido de trabalhos que abordam a dimensão imaginativa das pessoas idosas sobre seu envelhecimento.

Indubitavelmente, esta pesquisa se torna relevante ao compreender, por meio do imaginário, o desvelar da construção das ações de autocuidado pelo idoso na

busca do envelhecimento saudável, qualitativamente à luz da sociopoética que o observa de forma holística e criativa.

Considerando as contribuições deste trabalho, valorizar o autocuidado é uma das formas estratégicas para o crescimento pessoal e o início de mudanças significativas. A partir daí, a vida passa a ter outro significado e outros valores motivadores para o desenvolvimento de suas potencialidades.

O autocuidado contribui para que o idoso melhore seu convívio familiar e social, ampliando sua autonomia e autoestima com vistas ao envelhecer saudável. O próprio autocuidado cria condições favoráveis que vão facilitar e incentivar a diminuição da dependência na relação profissional-cliente-família e na prevenção de suas sequelas negativas.

Esta pesquisa contribuirá para a competência do profissional de enfermagem quanto às condições e possibilidades de aplicação dos resultados em benefício da saúde da pessoa idosa. Acredita-se que se deve avançar na busca pela explicitação de tais elementos ligados ao imaginário na construção das ações de autocuidado, como também na promoção da saúde centrada no ensino do autocuidado, que precisa fazer parte do ensino de Graduação em Enfermagem para que o aluno seja capaz de compreender esse novo olhar.

Aos alunos e demais profissionais, espera-se que seja gratificante a leitura deste estudo, incentivando mais pesquisas em Enfermagem na Saúde do Idoso e o aprimoramento dos elementos encontrados que, por sua vez, possuem vários desdobramentos.

Eis a questão norteadora: A partir da dimensão imaginativa dos idosos, como são construídas as ações de autocuidado para o Envelhecimento Saudável?.

O objeto de estudo é o imaginário de um grupo de idosos na construção das ações de autocuidado.

O pressuposto para desenvolver este trabalho parte da compreensão do imaginário de um grupo de idosos na construção das ações de autocuidado para o Envelhecimento Saudável contribuindo para a Enfermagem Gerontológica no desvelar de suas verdadeiras potencialidades que, bem aproveitadas, podem ajudá-los na reorientação de suas perspectivas de vida; na busca pelo aperfeiçoamento da arte de viver no “acrescentar qualidade aos anos de vida”; e no caminho a trilhar pelos idosos que, mesmo sendo acometidos por doença crônica, conseguem envelhecer de maneira saudável e alcançar o bem-estar.

Para tanto, foram formulados os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- contribuir para o levantamento de possibilidades de inovação na prática da Enfermagem Gerontológica a partir da compreensão do imaginário quanto à construção das ações de Autocuidado para o Envelhecimento Saudável.

Objetivos Específicos:

- descrever a poética (criação) sobre as ações de autocuidado construídas por um grupo de pessoas idosas;
- analisar os significados (conceitos/confetos) atribuídos por essas pessoas ao envelhecer, utilizando as concepções da Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender.

1 MARCO REFERENCIAL

1.1 O envelhecer de maneira saudável: conceitos

É presente a busca das mais variadas formas de viver bem. Portanto, muitos estudos se voltam para as potencialidades no curso da vida, abrindo fronteiras que possibilitam o surgimento de modelos de envelhecimento bem-sucedido (NERI; CACHIONI, 1999; NERI; FREIRE, 2000). Em linhas gerais, a compreensão do que constitui o bom envelhecer e o seu conceito tem-se tornado uma forma de reação à associação entre velhice, perdas e inatividade.

Devido à heterogeneidade entre os sujeitos idosos, muito se questiona sobre o conceito de normalidade sob todos os seus aspectos, sejam estes morfológicos, funcionais, psicológicos e sociais, bem como a variabilidade de uma pessoa idosa a outra no ritmo de declínio de funções entre indivíduos de mesma idade. Essa observação justifica-se, segundo Rowe e Khan (1997), para o desenvolvimento de uma distinção conceitual dentro da categoria de envelhecimento normal, em que pesem todos os questionamentos que possam ser feitos ao conceito de normalidade. Estes mesmos autores sugeriram a possibilidade de divisão em dois tipos de envelhecimento: o usual ou comum e o bem-sucedido ou saudável.

Assim, Rowe e Khan (1997) introduziram no debate sobre gerontologia o conceito de “envelhecimento bem-sucedido” caracterizado pela presença de três situações essenciais que interagem entre si em uma relação dinâmica: baixa probabilidade de doenças e de incapacidades associada a elas, boa capacidade funcional, tanto física como cognitiva, e participação ativa na comunidade. Esses três componentes estariam inter-relacionados e cada um deles é uma combinação de fatores.

Nessa concepção, a ausência de doença, ou de incapacidade dela decorrente, facilitaria a manutenção das funções físicas e mentais. Estas, funcionando bem, habilitariam a pessoa a manter-se engajada na vida, sobretudo por meio de atividade produtiva (remunerada ou não) que crie bens ou serviços de valor, e do relacionamento com outras pessoas, familiares ou amigos, em que haja troca de apoio instrumental e socioemocional (FREIRE; RESENDE, 2001).

Alguns autores, como Wong (1999), criticam a concepção de envelhecer de Rowe e Khan (1997), referindo que estes deixam de lado as necessidades existenciais e espirituais do envelhecimento. A consideração dessas necessidades no atendimento da pessoa idosa é fundamental, pois o sentido pessoal tem papel importante na promoção da saúde, do bem-estar psicológico, e as pessoas que mantêm um senso de significado pessoal apresentam maior probabilidade de envelhecer com sucesso, conforme a seguinte citação:

Um sentido e um propósito positivo na vida não somente acrescentam anos à vida de alguém, mas também acrescentam vida aos anos. Sem um claro senso de sentido e propósito em face do declínio físico, a longevidade pode vir a ser um fardo insuportável (WONG, 1999, p. 2).

Na verdade, se envelhecimento bem-sucedido fosse sinônimo de saúde física e de ausência de limitações, seria impossível considerar um sentido para a existência das pessoas que têm algum tipo de deficiência física, inata ou adquirida, ou daquelas que estão doentes, assim também como não se pode pensar em declínio físico como sinônimo de falta de sentido.

Queiroz e Papaléo Netto (2007) comentam que, por motivos sociais, econômicos, culturais, o número de idosos considerados saudáveis é ainda pequeno por predominar o envelhecimento comum ou usual.

Esta questão pode estar envolta pela falta de significado no “pensar a própria velhice”. Considera-se que isso não é uma prática comum e, portanto, quase sempre as pessoas se encontram desprevenidas, sem chances de viver bem. E, embora consigam chegar a uma idade avançada, nem sempre se apresentam saudáveis. Assevera Duarte (2004) que muitas situações adversas a que as pessoas foram submetidas ao longo de sua vida fazem com que elas cheguem à velhice com vários problemas.

Outra questão a considerar é que muitos indivíduos idosos ficam negligenciados pela falta de recursos econômicos ou de assistência médica e social, observando-se que, lamentavelmente, o acesso aos benefícios da medicina moderna ainda está restrito a alguns países desenvolvidos, não se estendendo a toda a população numa mesma sociedade (FREIRE; RESENDE, 2001).

De acordo com o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/03, no Capítulo I, do Direito à Vida, no Artigo 9º, encontra-se: É obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a

proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (BRASIL, 2003). Esse postulado também tem se firmado pela Portaria GM/MS 2.528/2006 da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), em que são definidas como diretrizes essenciais: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Néri e Cachioni (1999, p. 121) corroboram:

O elemento essencial do conceito de velhice bem-sucedida não é a preservação de níveis de desempenho parecidos com os de indivíduos mais jovens, mas a ideia de que o requisito fundamental para uma boa velhice é a preservação do potencial de desenvolvimento do indivíduo.

Na verdade, o envelhecimento bem sucedido é mais que ausência de doença e manutenção da capacidade funcional. Ambos os fatores são importantes e fundamentais, mas é a sua combinação com o engajamento ativo com a vida que representaria o conceito mais amplo do bom envelhecer, considerando - o seu potencial máximo.

Guerreiro e Rodrigues (1999) comentam que pensar uma trajetória de envelhecimento bem-sucedido leva a refletir sobre o ideal de manutenção da autonomia, mantendo a concepção de sua identidade e de sua capacidade de interagir com o mundo, fazendo opções ajustadas às suas necessidades e reconhecendo que é autor da história singular que está continuamente sendo construída e dá sentido à sua existência.

Muito se tem a declarar para o fato de que o envelhecimento bem-sucedido é uma condição que pode ser atingida por aqueles que efetivamente lidam com as

mudanças que acompanham o envelhecer, não sendo um privilégio ou uma sorte, mas um objetivo a ser alcançado por quem planeja e trabalha para isso.

1.2 Saúde e bem-estar: a necessidade do reconhecimento

O conceito de saúde modificou-se muito nos últimos anos. Definir saúde não é uma tarefa fácil, porque este conceito provém dos antecedentes, do meio sociocultural ou da trajetória de cada indivíduo. E quando se associa saúde ao envelhecimento, o conceito ainda se torna mais complexo.

A Organização Mundial de Saúde que, desde 1947, propala o conceito de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, tem sugerido que sua aplicabilidade deve incluir a necessidade de conhecer os vários determinantes do estado de saúde das populações, apontando na direção do conceito de promoção da saúde. Esta assertiva, que destaca a saúde como um componente fundamental do desenvolvimento humano, procura resgatar e valorizar fatores que propiciem uma vida digna e de bem-estar coletivo. A partir de sua redefinição, saúde deixou de ser apenas “ausência de doença”, estando hoje entrelaçada a um estado positivo de bem-estar.

Dunn apud Berger e Mailloux-Poirier (1995, p. 108) também conceitua saúde “como o estado que permite a uma pessoa funcionar com o seu potencial máximo, num determinado aspecto específico”. O autor descreve saúde como um estado elevado de bem-estar. Esta noção veicula o aspecto da permanente adaptação do indivíduo a todos os níveis. É realista, global, dinâmica e é válida para todas as idades.

Para Brito e Litvoc (2004), o conceito de saúde refere-se à capacidade de desenvolver uma perspectiva integradora de sua realidade, sendo o processo de viver uma situação permanente de equilíbrio e desequilíbrio ecológico.

Saúde transformou-se, assim, em um conceito multidimensional, integrando os diversos aspectos de nossas vidas. Se as expectativas em relação à saúde e à habilidade para enfrentar as limitações e incapacidades forem alteradas, de forma importante, a percepção de saúde e a satisfação com a vida de uma pessoa serão afetadas. Hunt et al. (1980), a princípio, dizem que a percepção do indivíduo sobre

seu estado de saúde está se transformando em um importante indicador de seu bem-estar, servindo, ao mesmo tempo, para a avaliação de suas necessidades de saúde.

Silva (2007, p. 34) colabora quanto à questão com o referencial de Von Faber et al. (2001):

Pesquisadores do Centro Médico da Universidade de Leiden avaliaram um grupo de pessoas com idades acima de 85 anos para definir o que é ser idoso, utilizando dois critérios: um baseado em dados de saúde pública para o funcionamento físico, social e cognitivo e outro abordando a perspectiva dos próprios voluntários sobre o que seria envelhecer com sucesso. Os cientistas descobriram que apenas 10% dos participantes satisfaziam todos os critérios e poderiam ser classificados na categoria de envelhecimento bem-sucedido, mas que 45% das pessoas avaliadas possuíam excelentes dados de bem-estar.

Segundo os autores, a maioria dos idosos via o envelhecimento bem-sucedido como um processo de adaptação, da mesma forma que reconheceram os vários domínios de envelhecimento bem sucedido, mas valorizaram o bem-estar e o funcionamento social em detrimento do físico e cognitivo. A parte qualitativa do estudo mostrou que a proporção de idosos que perceberam ter envelhecido com êxito era muito mais alta.

No entanto, essas pessoas consideraram os contatos sociais um requisito mais importante para o bem-estar e uma consequência para um bom envelhecimento. A conclusão desse trabalho foi que a ausência de limitações e perdas não constitui o sucesso de um idoso. Na verdade, o sucesso é aferido pela forma como essas limitações e perdas são integradas com as posturas de uma pessoa em relação ao seu envelhecimento (SILVA, 2007).

Porém, há considerável consenso na literatura, nas diretrizes políticas e nos programas de atenção a respeito da possibilidade de novas aprendizagens, manutenção da capacidade de adaptação dos idosos, condições que esses autores associam à noção de velhice bem-sucedida (NERI; FREIRE, 2000; RAMOS, 2000; BRASIL, 2006).

P. Baltes e M. Baltes apud Néri e Cachioni (1999) referem o modelo que pressupõe o envelhecimento bem-sucedido de um processo geral de adaptação descrito como otimização seletiva com compensação.

Um exemplo do fato está relacionado a idosos com doenças crônicas degenerativas, que abrigam um fenômeno complexo, alternando períodos estáveis e instáveis, tal fato não significando que sua saúde esteja ruim, considerando-se

todas as dimensões do ser humano. Recorda-se que nem todas as doenças crônicas são mortais, mas elas têm forte impacto sobre a qualidade de vida, gerando grandes ameaças para a saúde.

É neste impacto que o indivíduo idoso deve gerenciar sua vida. Mesmo não sendo possível modificar o curso da doença, é possível que as pessoas nessa condição se mantenham saudáveis. Para que isso ocorra é preciso o enfrentamento dos desafios decorrentes da condição crônica, de modo a manterem relação harmoniosa consigo, com os outros e com o mundo (SILVA, 2006).

Estas são experiências autônomas e concretas do idoso que, objetivamente, as sente, podendo traduzir-se em bem-estar físico e liberdades de pensamento, movimento, eficácia de ação e boa relação com as outras pessoas. Quando se está em equilíbrio, a pessoa sente-se bem e faz o que tem vontade, o que vai depender de sua habilidade para interagir com o que lhe é importante em seu ambiente ecológico, da forma mais significativa e bem-sucedida possível.

Quando esse equilíbrio não é mais sustentado, há desajustes, podendo haver desequilíbrio e transformando-se em um novo agravo, perpassando de uma questão gerontológica para se tornar problema geriátrico de diversas magnitudes (FIGUEIREDO; TONINI, 2006).

Na verdade, este balanço dinâmico representa o estado de saúde do indivíduo, proveniente do resultado da capacidade autônoma e de sua participação no autocuidado retro-alimentadas positivamente por mecanismos próprios e voluntários (FIGUEIREDO; TONINI, 2006).

1.3 Atitudes e comportamentos

A conquista do bem-estar está muito ligada às atitudes e comportamentos quanto à saúde e implica uma relação estreita entre todas as componentes individuais, sejam elas físicas, emotivas, mentais, espirituais, sociais ou culturais. Ao analisar essa perspectiva, na qual o idoso é colaborador no processo de promoção e bem-estar de sua vida, deve-se perceber como é fundamental conhecer a identificação de suas percepções no controle da saúde.

É sabido que, de fato, um idoso pode ter uma atitude positiva em relação à saúde, mas pode ser totalmente incapaz de adotar um comportamento que reflita esta atitude. Contribuindo para a questão, Pagel e Davidson (1984) e Tuck (1978) falam da importância conceitual e do valor instrumental desta concepção de atitudes para estudos nas áreas de intervenção em saúde e educação.

Atitude é um conjunto de juízos que conduz a um comportamento; não é um comportamento, mas pode influenciar os comportamentos. Pode-se dizer também que é a predisposição a reagir a um estímulo de maneira positiva ou negativa (GREGÓRIO, 2002).

Fishbein e Ajzen (1975) concebem atitudes como resultantes da conjugação de crenças, valores e afetos relacionados a um fenômeno-objeto. Para estes autores, a concepção de atitudes fundamenta-se nas diferenças entre intenções e comportamentos. O homem, essencialmente racional, utiliza as informações à sua disposição para fazer julgamentos e tomar decisões.

Como a atitude é uma intenção de se comportar de uma certa maneira, a intenção pode ou não ser consumada dependendo da situação ou das circunstâncias. No entanto, as atitudes nem sempre correspondem aos comportamentos. Mudanças nas atitudes de uma pessoa podem demorar muito para causar mudanças de comportamento que, em alguns casos, podem nem chegar a ocorrer.

A atitude pode ser favorável ou desfavorável, desenvolvendo-se a partir das experiências e das informações que se possui sobre as pessoas ou grupos de pessoas.

Pode-se dizer que as atitudes possuem três componentes básicos: componente cognitivo, que são os pensamentos e crenças; componente afetivo, que são os sentimentos e emoções; e componente comportamental, que são as tendências para reagir. Diz-se que uma atitude está formada quando esses componentes se encontram de tal maneira inter-relacionados que os sentimentos e tendências reativas específicas ficam coerentemente associadas com uma maneira particular de pensar em certas pessoas ou acontecimentos (GREGÓRIO, 2002).

Para que o idoso adote uma atitude favorável à saúde, é necessário compreender toda a aquisição de atitudes construídas - o que ele entende por saúde, suas percepções de controle e eficácia - para que advenha maior probabilidade de compromisso com as ações promotoras de saúde.

De acordo com a Teoria de Pender (SAKRAIDA, 2006), ela defende a importância e a influência dos processos cognitivos perceptivos na modificação de conduta e/ou comportamento para o promissor caminho do envelhecimento saudável.

Comportamento, para Kertéz (1979), é o que se sente, se pensa, se diz e se faz. O que se sente e se pensa é o comportamento subjetivo (interior, privado). O que se diz e se faz é o comportamento objetivo (exterior, público, observável, registrável mediante gravações ou filmes). É o conjunto de atitudes e reações do indivíduo em face do meio social (BERGER, 1999).

Em termos científicos, o comportamento possui vários olhares, a saber:

a) em Psicologia, o comportamento constitui o seu próprio objeto; b) em Biologia, designa toda as ações e reações dos seres vivos relativamente ao meio; c) em Antropologia, são os aspectos da cultura necessariamente referíveis ao organismo humano; d) em Economia, além das decisões dos agentes econômicos, as ações previstas pela teoria da racionalidade; e) em Sociologia, as atividades dos grupos humanos; f) em Ergonomia, as atividades dos sistemas homem-máquina (GREGÓRIO, 2002).

A atitude é intenção e o comportamento é ação. Mesmo sendo difícil avaliar com exatidão a ligação existente entre as atitudes e os comportamentos, é necessário que os idosos exponham e avaliem aquilo que sentem relativamente à saúde, ou seja, suas percepções e a forma como se comportam no seu autocuidado.

1.4 Teoria da promoção da saúde

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, indo

além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002).

Para tanto, resgatando o panorama das políticas públicas internacionais, que tiveram em seu bojo a promoção da saúde, situam-se as conferências internacionais de saúde. Desde então, com a realização da Primeira Conferência, e incluindo este mesmo evento, já foram realizadas sete iniciativas multinacionais, cinco de caráter internacional/global, respectivamente, em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997) e México (1999), e outras duas de caráter sub-regional em Bogotá (1992) e Port of Spain (1993). Cada uma delas vem desempenhando importante papel na manutenção da motivação e interesse sobre o tema, ao mesmo tempo, promovendo avanços significativos com a contínua ampliação dos campos de ação e abordagens mais efetivas para o real alcance dos objetivos traçados (BRASIL, 2002). Portanto, foi a partir destas conferências que as atividades de promoção da saúde passaram a ser amplamente estimuladas, tendo servido também de tendências para as políticas nacionais.

Atualmente, a responsabilidade pela promoção da saúde é compartilhada entre indivíduos, comunidade, grupos, instituições que prestam serviços de saúde, governos e por profissionais da saúde de todas as áreas, sendo crescente a participação dos enfermeiros nestas atividades. Contudo, as propostas de estudos norteadores para a promoção da saúde, na adoção de modelos e teorias, que fundamentem essas experiências, ainda são retraídas, conferindo um grau limitado no planejamento, execução e avaliação dessas ações.

1.4.1 Promover a saúde: uma contribuição de Nola Pender

As experiências de buscar manter o bem-estar ou de lidar com o adoecimento são situações bastante presentes para os que envelhecem. Trata-se de promover sua saúde, estimular comportamentos saudáveis, visando à manutenção da autonomia e ao envelhecimento bem-sucedido. Mas o que de fato imaginam os idosos com relação a estas propostas?

Assim, com a utilização de modelos e teorias no campo da promoção da saúde, estas teorias podem facilitar a compreensão dos determinantes dos

problemas de saúde e orientar as soluções que respondam às necessidades e interesses das pessoas idosas, além de contribuir para a promoção de conhecimento, reflexão e decisão no ato de cuidar e agir, possibilitando maiores chances no alcance dos objetivos propostos para a promoção da saúde.

Dentre os modelos e teorias de enfermagem que podem ser aplicados para desenvolver cuidados de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, este estudo abordará o Modelo de Promoção da Saúde de Pender (SAKRAIDA, 2006)². Este modelo foi desenvolvido nos Estados Unidos na década de 80, sendo pouco explorado no Brasil. Ele fornece uma estrutura simples e clara, em que o enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual, ou reunindo as pessoas em grupo, permitindo planejamento, intervenção e avaliação de suas ações.

Em resumo, a teoria surge como proposta de integrar a ciência do comportamento às teorias de enfermagem, buscando identificar os fatores que influenciam comportamentos saudáveis a partir do contexto biopsicossocial. Procura também embasar sua concepção de promoção da saúde em atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa.

O primeiro contato de Nola Pender com a Enfermagem profissional ocorreu aos sete anos de idade quando observava o cuidado de enfermagem oferecido à sua tia hospitalizada. Esta experiência e a educação que recebeu posteriormente inspiraram nela um desejo de cuidar dos demais e influenciaram sua ideia de que a meta da Enfermagem é ajudar as pessoas a cuidar de si mesmas. Também foi objetivada, posteriormente, para assistência, a obtenção de saúde otimizada do indivíduo.

Pender contribuiu para o conhecimento da Enfermagem na promoção da saúde mediante sua investigação, ensino, apresentações e escritos. Ela publicou numerosos artigos sobre o exercício físico, mudanças na conduta e prática de relação com aspectos da promoção da saúde e tem trabalhado com editora de revistas e livros. Hoje é reconhecida como experiente apresentadora e consultora de temas relacionados com a promoção da saúde.

Em 1975, Pender publicou *Um modelo conceitual de conduta para a saúde preventiva*, que constituiu uma base para estudar o modo como os indivíduos tomam

² O texto sobre Nola Pender, a partir dessa referência, segue tradução livre.

as decisões sobre o cuidado de sua própria saúde dentro do contexto da Enfermagem. Este artigo identificava fatores que haviam influenciado na tomada de decisões e de ações dos indivíduos para prevenir as enfermidades. O original Modelo de Promoção da Saúde (MPS) se apresentou em sua primeira edição do texto como *Health Promotion in Nursing Practice* publicado em 1982. Em 1996, publicou-se a terceira edição. E em 2006, já se chegava à quinta edição.

As Fontes Teóricas do modelo de promoção da saúde se embasam na teoria de aprendizagem social de Albert Bandura, que postula a importância do processo cognitivo na modificação da conduta. A teoria de aprendizagem social, denominada atualmente de teoria cognitiva social, inclui as seguintes autoconcepções: autoatribuição, autoevolução e autoeficácia. A autoeficácia é uma construção central para o MPS. Além disso, o modelo de valorização de expectativas da motivação humana, descrito por Feather, que afirma que a conduta é racional e econômica, é importante para o desenvolvimento do modelo.

Quanto à utilização de provas empíricas, os estudos do modelo, na quarta edição de *Health Promotion in Nursing Practice*, estão centrados em dez categorias determinantes da conduta de promoção da saúde. O modelo revisado (Figura 2) está demonstrando a identificação dos conceitos importantes para estas condutas que facilitam a geração de hipóteses demonstráveis.

► Características e experiências individuais:

* **conduta prévia relacionada:** Compreende o comportamento anterior, ou seja, o comportamento que deve ser mudado. Produz efeitos diretos e indiretos da probabilidade de comprometer-se com as condutas de promoção da saúde;

* **fatores pessoais:** Categorizados como biológicos, psicológicos e socioculturais.

Estes fatores são preditivos de uma certa conduta e estão marcados pela natureza da consideração da meta da conduta. Fatores pessoais biológicos inclui a idade, sexo, o índice de massa corporal, o estado de puberdade, o estado de menopausa, a capacidade aeróbica, a força, a agilidade e o equilíbrio. Fatores pessoais psicológicos inclui a autoestima, a automotivação, a competência pessoal,

o estado de saúde percebido e a definição de saúde. Fatores pessoais socioculturais inclui a raça, etnia, cultura, a formação e o nível socioeconômico.

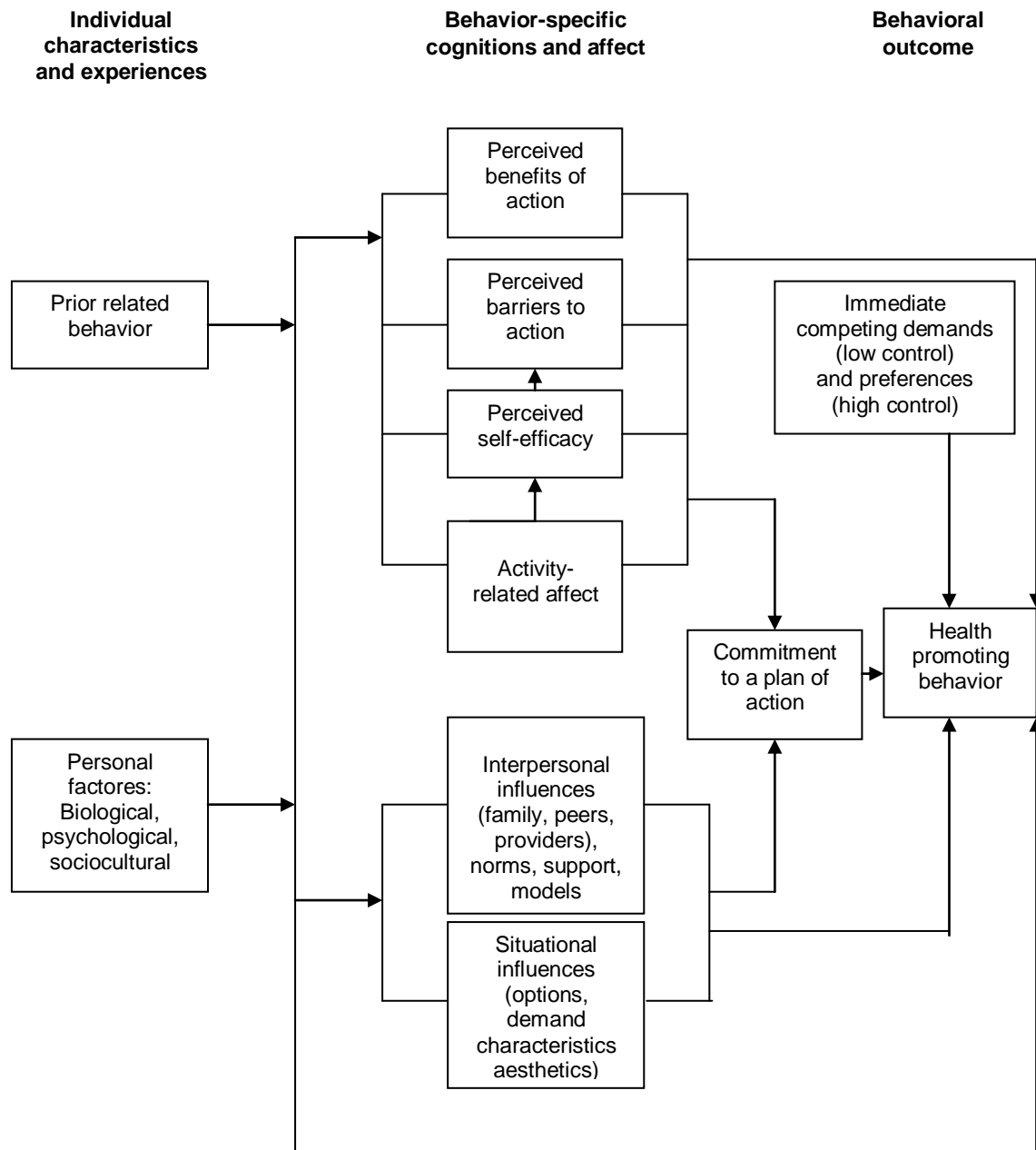


Figura 2 – Revised health promotion model

Fonte: SCHOOL OF NURSING FACULTY. *Nola J. Pender*. Disponível em: <<http://www.nursing.umich.edu/faculty/pender/chart.gif>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

► Conhecimentos e afetos específicos da conduta: São considerados como de maior importância motivacional, e estas categorias são modificáveis mediante as ações de Enfermagem.

* **benefícios percebidos da ação:** São representações mentais positivas, que reforçam a adotar um comportamento promotor de saúde;

* **barreiras percebidas da ação:** Bloqueios antecipados, imaginados ou reais, e custos pessoais de adoção de uma conduta determinada;

* **autoeficácia percebida:** O juízo da capacidade pessoal de organizar e executar uma conduta promotora de saúde. A autoeficácia percebida influi sobre as barreiras de ação percebidas, de maneira que a maior eficácia leva a percepções menores das barreiras para o desempenho desta conduta;

* **afeto relacionado com a atividade:** Os sentimentos subjetivos positivos e negativos que se dão antes, durante e depois da conduta baseada nas propriedades dos estímulos da conduta em si. O afeto relacionado com a atividade influi na autoeficácia percebida, o que significa que, quanto mais positivo o sentimento subjetivo, maior é o sentimento de eficácia. Pouco a pouco, o aumento de sentimentos de eficácia pode gerar um maior afeto positivo;

* **influências interpessoais:** Os conhecimentos acerca das condutas, crenças e atitudes dos demais. As influências interpessoais incluem: normas (expectativas das pessoas mais importantes), apoio social (instrumental e emocional) e modelação (aprendizagem indireta mediante a observação dos demais comprometidos com uma conduta em particular). As fontes primárias das influências interpessoais são as famílias, o casal (o companheiro (a)) e os cuidadores de saúde;

* **influências situacionais:** As percepções e cognições pessoais de qualquer situação, no contexto determinado, podem facilitar ou impedir a conduta. Incluem as percepções das opções disponíveis, características da demanda e traços estéticos do entorno em que se propõe que se desenvolvam certas condutas promotoras de saúde. As influências situacionais podem ter influências diretas ou indiretas na conduta de saúde.

► **Resultado da conduta:** O sucesso da conduta se inicia com o compromisso de atuar, a menos que haja uma demanda contraposta que não se pode evitar e uma preferência contraposta que não se pode resistir.

* **compromisso com um plano de ação:** A intenção e a identificação de uma estratégia planejada leva à implantação de uma conduta de saúde.

* **demandas e preferências contrapostas imediatas:** As demandas contrapostas são aquelas condutas alternativas mediante as quais os indivíduos têm um baixo controle porque existem contingentes do entorno, como o trabalho e as responsabilidades do cuidado da família. As preferências contrapostas são as condutas alternativas mediante as quais os indivíduos possuem um controle relativamente alto.

* **conduta promotora de saúde:** O olhar do objetivo no resultado da ação dirigida aos resultados de saúde positivos, como o bem-estar ótimo, o cumprimento pessoal e a vida produtiva. Os exemplos da conduta de promoção da saúde são: manter uma dieta saudável, realizar exercício físico de forma regular, controlar o estresse, conseguir um descanso adequado e um crescimento espiritual e construir relações positivas.

O MPS oferece também um paradigma para o desenvolvimento de instrumentos. O perfil do estilo promotor de saúde e a balança de benefícios/barreiras do exercício físico são exemplos destes instrumentos. O instrumento permite uma valorização dos estilos de vida promotores de saúde dos indivíduos, que resulta na utilidade para os enfermeiros na assistência, tanto em apoio à educação dos pacientes.

Os principais supostos refletem a perspectiva da ciência da conduta que enfatizam o papel ativo do cliente para gerir as condutas de saúde modificando o seu entorno. Na terceira edição do livro *Health Promotion in Nursing Practice*, Pender apresenta os principais supostos do MPS:

- a) as pessoas buscam criar condições de vida mediante as quais podem expressar seu próprio potencial de saúde humana;
- b) as pessoas têm a capacidade de possuir uma autoconsciência reflexiva, incluída a valorização de suas próprias competências;
- c) as pessoas valorizam o crescimento das direções observadas como positivas e o intento de conseguir um equilíbrio pessoalmente aceitável entre a troca e a estabilidade;
- d) os indivíduos buscam regular de forma ativa a própria conduta;
- e) as pessoas interagem com o entorno, tendo em conta toda sua complexidade biopsicossocial, transformando progressivamente o entorno e sendo transformadas ao longo do tempo;
- f) os profissionais de saúde formam parte do entorno interpessoal que exerce influência nas pessoas ao longo de sua vida;
- g) a reconfiguração iniciada por ele mesmo das pautas interativas com outras pessoas é essencial para a troca de conduta.

Para as afirmações teóricas, o modelo representa as inter-relações entre os fatores cognitivo-perceptivos e os fatores modificantes que influem na aparição de condutas promotoras de saúde, desenvolvendo estes conhecimentos a partir dos achados de investigação. O modelo é uma tentativa de ilustrar a natureza multifacética das pessoas que interagem com o entorno tentando alcançar um estado de saúde.

A promoção da saúde está motivada pelo desejo de aumentar o bem-estar e atualizar o potencial humano. Em seu primeiro livro *Health Promotion in Nursing Practice*, Pender afirma que existem processos biopsicossociais complexos que motivam os indivíduos a se comprometerem com as condutas destinadas ao fomento da saúde. Na quarta edição de *Health Promotion in Nursing Practice*, aparecem quatorze afirmações teóricas derivadas do modelo:

- a) a conduta prévia e as características herdadas e adquiridas influenciam as crenças, o afeto e a promulgação das condutas de promoção da saúde;
- b) as pessoas se comprometem a adotar condutas a partir das quais antecipam os benefícios derivados, valorizados de forma pessoal;
- c) as barreiras percebidas podem obrigar a adquirir um compromisso com a ação, a mediação da conduta e a conduta real;

- d) a competência percebida da eficácia de uma pessoa para executar certa conduta aumenta a probabilidade de um compromisso de ação e atuação real da conduta;
- e) a eficácia percebida pela pessoa tem como resultado menos barreira percebida para uma conduta de saúde específica;
- f) o afeto positivo faz uma conduta chegar a uma eficácia, que pode, pouco a pouco, levar a um aumento do afeto positivo;
- g) quando as emoções positivas do afeto se associam a uma conduta, a probabilidade de compromisso e de ação aumenta;
- h) é mais provável que as pessoas se comprometam a adotar condutas de promoção de saúde quando os indivíduos importantes para eles/elas modelam sua conduta, esperam que se produza a conduta e oferecem ajuda e apoio para permiti-la;
- i) as famílias, o casal (o companheiro (a)) e os cuidadores de saúde são fontes importantes de influência interpessoal que podem fazer aumentar ou diminuir o compromisso para adotar uma conduta promotora de saúde;
- j) as influências situacionais no entorno externo podem fazer aumentar ou diminuir o compromisso da participação na conduta promotora de saúde;
- k) quanto maior o compromisso de um plano específico de ação, mais provável é que se mantenham as condutas promotoras de saúde ao longo do tempo;
- l) o compromisso de um plano de ação é menos provável que acabe em uma conduta desejada quando as exigências contrapostas nas quais as pessoas têm menos controle requerem uma atenção imediata;
- m) é menos provável que o compromisso de um plano de ação chegue a ser a conduta desejada quando umas ações são mais atrativas que outras e, para tanto, são preferidas na meta da conduta;
- n) as pessoas podem modificar os conhecimentos, o afeto e o entorno interpessoal e físico para criar incentivos para as ações de saúde.

A forma lógica do MPS foi formulada mediante a indução do uso da investigação disponível para formar uma pauta de conhecimentos sobre a conduta de saúde. O modelo de promoção da saúde é um modelo conceitual e foi formulado com o objetivo de integrar os conhecimentos sobre a conduta promotora de saúde e gerar assim questionamentos para suas comprovações. Este modelo oferece um marco para ver como os resultados da investigação anterior se encaixam mais claramente e como os conceitos podem ser manipulados para um estudo adicional.

Em relação à sua aceitação na comunidade da Enfermagem para a:

* **prática profissional:** O bem-estar como especialidade da Enfermagem tem aumentado notavelmente durante a última década. A prática clínica atual como arte implica formação da promoção da saúde. Os profissionais de enfermagem creem que o MPS é de suma importância porque se aplica ao longo de toda vida e é útil em uma ampla variedade de situações. O interesse clínico nas condutas de saúde representa uma troca filosófica que enfatiza a qualidade de vida ao lado da sua salvação. Além disso, o custo de um modo geral que a sociedade paga pelos indivíduos que não colaboram com a prevenção e promoção é alto e indiscutível. O MPS fornece uma solução de Enfermagem na política sanitária e na reforma do cuidado de saúde oferecendo um meio para compreender como os indivíduos podem ver-se motivados para alcançar a saúde pessoal. Os futuros achados empíricos vão aumentando sua importância para os planejamentos da Enfermagem na contribuição dos cuidados de saúde e para aqueles que oferecem o cuidado;

* **formação:** Cada vez mais, o MPS se incorpora no plano de estudos da Enfermagem como um aspecto de valorização da saúde, enfermagem de saúde comunitária e cursos centrados no bem-estar. Estão sendo produzidos esforços cada vez maiores em um grande número de países para integrar o MPS nos planos de estudos da Enfermagem;

* **investigação:** O MPS é um instrumento para investigação. O instrumento de investigação de Pender e outros investigadores demonstram a precisão empírica do modelo. Uma grande parte da investigação informa acerca do uso do modelo como um marco de referência. O perfil do estilo de vida promotor de saúde, derivado do

modelo, serve frequentemente como definição operacional para as condutas promotoras de saúde. O modelo tem implicações para aplicação, remarcando a importância da valorização no indivíduo dos fatores que se crê que influenciam nas trocas de condutas de saúde;

* **desenvolvimentos posteriores:** O modelo continua sendo aperfeiçoado e ampliado quanto à sua capacidade para explicar as relações entre os fatores que se crê que influenciem nas modificações da conduta de saúde. Agora existe um apoio empírico suficiente para as variáveis, para que algumas condutas garantam e levem aos estudos de intervenção para comprovar as intervenções de Enfermagem baseadas no modelo. Os estudos de intervenção adicionais representam um passo seguinte no uso do modelo para construir a ciência Enfermagem.

As críticas pela teoria se dão pela:

* **simplicidade:** O MPS é fácil de compreender. As definições conceituais oferecem clareza e levam a uma maior compreensão da complexidade dos fenômenos da conduta de saúde;

* **generalidade:** O modelo é intermediado quanto a seu objetivo. É muito generalista nas populações de adultos. A investigação utilizada para obter o modelo se baseou em amostras de homens, mulheres, jovens, idosos, sãos e doentes. O instrumento de investigação inclui a aplicação de uma grande variedade de situações;

* **precisão empírica:** O modelo tem recebido o apoio da demonstração por parte de Pender e outros autores como marco da explicação da promoção da saúde. A investigação empírica continuada, especialmente os estudos de intervenção, se encarregará de melhorar o modelo. O perfil de estilo de vida promotor de saúde surgiu como um instrumento para valorizar as condutas promotoras de saúde;

* **consequências deduzíveis:** Pender identificou a promoção da saúde como meta para o século XXI, do mesmo modo que a prevenção da enfermidade foi uma tarefa do século XX. O modelo pode influir de forma potencial na interação entre a Enfermagem e o indivíduo. Pender respondeu ao entorno político, social e pessoal

de seu tempo para definir o papel da Enfermagem na hora de subministrar serviços de promoção da saúde a pessoas de todas as idades.

**** Observações importantes:**

No Brasil, há poucos trabalhos publicados na área da Enfermagem com a Teoria de Pender. Também se acredita que teorias/modelos não são verdades absolutas, mas caminhos a percorrer, e que estudos analíticos incrementam a pesquisa, facilitam escolhas, além de revelarem possibilidades e limitações que podem enriquecer a prática profissional (VICTOR; LOPES; XIMENES, 2005). E apesar de a teoria ter sido desenvolvida em outro país, ela poderá ser adaptada para nossa realidade.

É oportuno ressaltar que ocorreram limitações, especialmente na tradução de alguns componentes do modelo, que merecem ser aprofundados em estudos posteriores, pois alguns termos não possuem clara correlação com o idioma português, o que faz refletir sobre possíveis erros de interpretação no entendimento do sentido real.

1.5 O envelhecer saudável através do autocuidado

É notável que, quanto mais rico em possibilidades for o próprio viver, mais digno e saudável será o envelhecimento. Isto traduz um comportamento denominado autocuidado, que busca as potencialidades, entende as limitações, não valorizando apenas a doença, mas encontrando maneiras criativas de cuidar de si. Segundo Campello e Rangel (1999, p. 174), “a criatividade é sempre estimulada como uma possibilidade de o indivíduo se potencializar”. Estes mesmos autores citam o livro de Rollo May (1982), intitulado “Coragem de criar”, que expressa a coragem como uma das condições essenciais ao ato criativo. E a condição básica ao ato criativo é a liberdade; liberdade para decidir os encontros e desencontros do próprio cuidar.

Rollo May ainda diz que a criatividade ocorre sempre num ato de encontro, em que o indivíduo através de seu corpo, de suas emoções, de sua expressão, tem

a consciência de si, do outro e do mundo. Ao cuidar do corpo, a pessoa passa a compreender melhor e de maneira construtiva a sua própria vida.

Segundo Heidegger apud Waldow (2004, p. 20), o cuidado é a essência do ser humano e, este existe no mundo através do cuidado. O ser humano é o ser que deve cuidar de si e dos outros. Na verdade, o cuidar é uma necessidade e um recurso do ser humano e que deve atender às suas próprias necessidades. O mesmo pode ser entendido por muitas atividades como apoio, ajuda, troca de ideias, tomada de decisões e outros. São estas atividades que vão promover ou manter o bem-estar.

Cuidar de si mesmo nem sempre é uma tarefa fácil, principalmente tendo consciência das próprias necessidades e de se fazer o que é preciso para cuidar da própria saúde, para reagir às ameaças, prevenir doenças, seguir as recomendações dos profissionais, dentre outros. E principalmente na velhice, que é compreendida por um processo de mudança contínua e que a todo o momento necessita reconquistar o equilíbrio.

Por isso, ajustar a harmonia do ser torna-se uma tarefa árdua, visto que se necessita do conhecimento da estrutura interna. Portanto, para se autocuidar é necessário desenvolver uma consciência das condições que proporcionam o próprio bem-estar. Isso só é possível por meio de um processo de autoconhecimento (CALDAS, 2006).

Como já dizia Delfos: “Conhece-te a ti mesmo”. Pensar nesta fala no momento parece simples. Mas por que se acolhe à surpresa quando revelado por outro algo que é desconhecido de si próprio? Talvez o fato possa ser atribuído pela não reserva de um tempo do seu dia para pensar em si. Sendo assim, não nos conhecemos o suficiente para sabermos o que nos estimula ou nos desestimula, o que nos agrada ou nos desagrada. Para cuidar de si é necessário conhecer o que é melhor para si, ou pelo menos saber como abrandar aquilo que é prejudicial. À medida que se aprende a reconhecer tudo aquilo que nos prejudica, temos a possibilidade de evitá-lo ou minimizá-lo.

Waldow (2004) contribui com a assertiva quando diz que o cuidado pessoal relativo à dimensão *sujeito-self* compreende o cuidar de si e que o conhecimento favorece uma melhor autoestima, confiança em si e na vida, compreendendo o cuidar da saúde, do espírito, do intelecto, de seu tempo, do lazer e outros.

A mesma autora expõe também algumas sugestões para o cuidar de si como: ser capaz de expressar seu verdadeiro *self*, atuando de forma autêntica; rever valores e princípios através de autorreflexão ou introspecção; exibir comportamentos de cuidar; desenvolver estilo de vida incluindo práticas de cuidar que compreendem alimentação adequada, exercícios físicos, exames de saúde periódicos e outros. Dessa forma, o cuidado passa a ser existencial e passa a ser sentido, vivido, passa a ser refletido no ambiente, pois o “cuidado é como um espelho, ele reflete nossa forma de atuar, nossa atitude frente ao mundo, comunicando nosso cuidado, nossa forma de ser” (WALDOW, 2004, p. 188).

No mesmo propósito, muitas ações de autocuidado são construídas intrinsecamente às necessidades de saúde, de cuidado e bem-estar. E de que modo os serviços locais de saúde podem atuar facilitando o autocuidado dos que envelhecem? O que conduziria o idoso a se cuidar para além da óbvia necessidade de evitar adversidades e buscar viver mais tempo? Estas questões precisam ser pensadas pela heterogeneidade do envelhecimento e a busca por compreender os determinantes da longevidade.

Mayeroff (1971) também refere que o cuidar de si mesmo estaria relacionado à necessidade de cuidar de algo ou de alguém fora de si mesmo, de forma que o ser só se satisfaz a si mesmo na medida em que serve alguém ou algo. Incapaz de cuidar de algo ou de alguém, separados de si, este ser é incapaz de cuidar de seu próprio ser. Waldow (2004), neste mesmo pensamento, refere que quando ajudamos o outro a crescer, ajudamos no mínimo a cuidar de algo ou alguém e, que este seria capaz de ajudar a si mesmo e satisfazer suas próprias necessidades. O sentido aqui da palavra crescer estaria voltado para a autodeterminação de escolher seus próprios valores e ideais de acordo com sua experiência.

O cuidado em sua essência é a razão existencial de uma profissão, a Enfermagem, área em que o cuidar/cuidado é genuíno e peculiar. Portanto, considera-se que a Enfermagem é a ciência e a arte de assistir ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, tornando-o independente quando possível, pelo ensino do autocuidado, bem como de manter, promover e recuperar a saúde em colaboração com outros profissionais (HORTA, 1976).

A Enfermagem reconhece o ser humano como parte integrante de uma família e de uma comunidade e também como participante ativo em seu processo de cuidado (DUARTE, 2007). É também uma área apta a desenvolver atitudes efetivas

e de grande impacto na atenção à saúde dos idosos, considerada Enfermagem Gerontogeriátrica, que supõe o agrupamento do conhecimento e da prática de enfermagem provenientes da Enfermagem geral, da Geriatria e da Gerontologia (GONÇALVES; ALVAREZ, 2006). É ainda um ramo específico da enfermagem que cuida da pessoa idosa em todos os níveis de prevenção, ou seja, desde a promoção da saúde até a reabilitação. Essa nomenclatura foi escolhida por ser entendida como a mais completa e adequada (SANTOS, 2006).

Em linhas gerais, o autocuidado reúne todas as formas de cuidado relacionadas à saúde, que são adotadas por ações espontâneas e próprias, com ou sem a orientação de profissionais da saúde. Outros autores também compartilham a ideia de que uma pessoa pode, com a ajuda de outros, ser o próprio agente de seu cuidado, e os profissionais de saúde podem converter-se em facilitadores desse processo (COPPARD apud LIMA, 2003).

A orientação para o autocuidado tem como princípio que todas as pessoas sejam estimuladas a melhorar sua condição e preservar sua saúde (DUARTE, 1998) e, ao integrar esta prática no dia-a-dia tornam-se cada vez mais interessadas em aprender, principalmente, sobre si mesmas.

Assim, quando a enfermeira educa para o autocuidado desenvolve um papel diretamente político, ao facilitar a autonomia de grupos sociais geralmente alvos de políticas públicas assistencialistas, que as mantêm na dependência das falhas do sistema de saúde (GAUTHIER; HIRATA, 2001). Portanto, a educação funciona como um agente de transformação da realidade porque confere movimento reflexivo, emergindo sobre a consciência dos indivíduos atitudes e ações que irão evoluir sobre suas condições de saúde ou doença, resultando em autonomia. Ao se permitir e perceber sendo responsável por si mesmo, o indivíduo exerce o autocuidado, visando o seu bem-estar.

Segundo Orem, Foster e Bennet (2000), o autocuidado com o corpo exige do indivíduo um aprendizado especial de forma a atender não só à promoção da saúde, mas também às mudanças produzidas pela doença e à prevenção de suas complicações. Na orientação da enfermagem, o autocuidado para a pessoa idosa consiste no desempenho das atividades realizadas pelo indivíduo para se manter com saúde ou superar as dificuldades provenientes de doenças ou das modificações causadas pelo envelhecimento.

Por isso, o incentivo ao autocuidado favorece a independência, o ajustamento e a aceitação das perdas que são comuns na terceira idade. Perdas de familiares, de amigos, do trabalho e da sua imagem jovial, tão valorizada pela sociedade, são aspectos importantes que se refletem no cuidar de si mesmo. O autocuidado é capaz de manter o idoso inserido em seu grupo social, elevando sua autoestima. Para isso, ele precisa saber cuidar do seu próprio corpo. Não havendo essa experiência, o enfermeiro, por meio da interação interpessoal, orienta o cliente e com ele realiza o cuidado necessário. O cuidado é fundamental na enfermagem e envolve as relações humanas, sendo traduzido por satisfação e conforto atendidos (SILVA; DUARTE, 2001).

Para concretizar as ações de autocuidado depende-se das atitudes e comportamentos adotados pelo indivíduo durante todo processo de existência, como já foi explorado anteriormente. Há também outros grandes domínios que asseguram a manutenção, o sustento e a continuidade da vida que são os hábitos de vida, permeados as crenças, valores, que daí surgem. Muito de suas origens são encontradas nos cuidados ao corpo.

Os hábitos de vida representam todo um conjunto de maneiras de atuar que cria maneiras de ser, visando a assegurar a continuidade da vida (COLLIÈRE, 1999). Tudo aquilo que você faz diversas vezes torna-se um hábito. Este padrão de comportamento se torna tão familiar que na verdade os hábitos são aprendidos e praticados, portanto, se aprendemos, podemos esquecê-los.

Pela observação de si próprio, você pode se tornar consciente daquilo que lhe faz mal no seu hábito de agir e de pensar. Quando você estiver consciente do hábito que quer modificar, poderá esquecê-lo e substituí-lo por um comportamento automático, diferente e mais cuidadoso.

As crenças também influenciam na forma de conhecimento integrado, interiorizado a partir dos hábitos de vida. “Cada um de nós já é moldado no berço por um patrimônio de hábitos de vida que vão impregnar e construir o fundamento da personalidade, isto é, o seu modo de reagir ao mundo exterior” (COLLIÈRE, 1999, p. 273).

Outro fator a considerar é que os hábitos de vida se ligam a valores, que se apoiam no conhecimento efetivo de hábitos de vida que um ou outro grupo considera necessário manter em função de um dado meio. Uma dificuldade que se

destaca é a transmissão e modificação dos hábitos de vida e das crenças de um grupo transmitido por herança cultural.

Mas, em contrapartida, os hábitos de vida como as crenças são susceptíveis de se modificar ou podem ser compelidos a se transformar em diversas circunstâncias que podem agir isoladamente ou em inter-relação. Por isso, de acordo com Collière (1999), constitui um erro muito prejudicial abordá-los e propor-se a modificá-los sem os ter identificado, sem ter procurado compreender o seu significado, os seus alicerces profundos e os comportamentos daí resultantes, como, muitas vezes, se faz nas práticas de saúde.

O entendimento, ao cuidar de si próprio podem ou não ser congruentes com as práticas recomendadas pelos profissionais de saúde, principalmente quando necessitam de intervenções padrão de planos de cuidados longitudinais que implicam importantes modificações de comportamento e de vida (SILVA, 2006).

A esse respeito, o estudo de Assis (2004) demonstrou que o ato de aprender a cuidar da alimentação, quando referido à experiência no uso dos serviços de saúde, apareceu como a aceitação de regras ou a adesão do indivíduo ao que deve ser feito para seguir a prescrição, ou seja, para obedecer aos rigores da dieta restritiva.

Assim, os sistemas de crenças e de valores tornam-se um entrave para os referidos cuidados em saúde. Verdadeiramente, práticas de autocuidado recomendadas por profissionais de saúde são sustentadas apenas quando os idosos realmente desejam, além de que, os mesmos interagem no cotidiano produzindo sentimentos para os fenômenos que os cercam e que fazem parte de suas experiências de vida. A isto, configura-se num grande desafio para a manutenção do equilíbrio de saúde, porque compõem parte da identidade da pessoa idosa, de seus hábitos, preferências e significados.

Silva (2006) considera que, além de assegurar a participação do idoso, é importante certificar-se da interpretação e dos significados das prioridades clínicas do cliente e do profissional, por causa das profundas implicações para a saúde. Em situações de prioridades conflitantes, torna-se essencial procurar algum tipo de consenso entre as perspectivas e as expectativas de ambos. Assim, encontramos com a proposição do “posso querer, posso fazer tudo”, “mas não demais”. O “demais” é o que tira a harmonia. O que não pode sobremaneira é proibir, porque proibir é a pior das agressões, causando mais desarmonia no ser.

Outro fator que Silva (2006) também relata é a aderência às orientações quando as práticas eram importantes para recuperar ou manter alguma função que lhes permitiria fazer atividades importantes em suas vidas, ou seja, aquelas com algum significado especial.

Percebe-se assim que o contexto apresentado sobre o cuidar vive atualmente o maior dos estigmas de todos os tempos e, com isso, há várias adversidades como a negação do cuidado essencial, o cuidado em excesso tornado uma obsessão, o cuidado na sua carência que reflete o descuido, dentre outros. Segundo Boff (2000, p. 162), “o cuidado não convive nem com o excesso nem com a carência. Ele é o ponto ideal de equilíbrio entre um e outro”.

Com esta perspectiva de construção de um novo modo de envelhecer, a partir do autocuidado, pode-se afirmar de antemão que estaremos assistindo à invenção de novas velhices.

1.5.1 A imagem corporal no reflexo do autocuidado

O corpo, segundo Derdyk (2003) é entendido como sendo nossa morada, nossa presença no mundo, visto que apresenta uma concretude física que ocupa um lugar no espaço, sobrepondo diferenças culturais e históricas, pois existem semelhanças que aproximam o homem de todas as épocas e sociedades. Para Helman (2006, p. 24) “o corpo é mais do que simplesmente um organismo físico que oscila entre saúde e doença; é também, foco de um conjunto de crenças sobre o seu significado social e psicológico, sua estrutura e função, os quais são modificados dependendo do contexto”.

O corpo tem se constituído num paradigma fundamental na sociedade contemporânea, na qual circulam os conflitos pulsionais onde as representações recalçadas são traduzidas, nas emoções e nas nossas trocas com o mundo.

Goldenberg (2002), através de seus estudos sobre corporalidade, aborda várias compreensões que possibilitam analisar a relação do ser humano com o seu corpo demonstrando a complexidade do assunto e comprometendo a visão biomédica de reconhecer um corpo unicamente biológico e maquinal.

Considerando o livro de sua autoria intitulado “*Nu e vestido*”, a mesma revela dados de sua pesquisa realizada no Brasil, e mais particularmente no Rio de Janeiro, na condição do corpo trabalhado, cuidado, sem marcas indesejáveis (rugas, estrias, celulites) e sem excessos (gordura, flacidez) é o único que, mesmo sem roupas, está decentemente vestido (GOLDENBERG; RAMOS, 2002). Seus resultados refletem o sentido, que, além do corpo ser muito mais importante do que a roupa, ele é a verdadeira roupa. É o corpo que deve ser exibido, moldado, costurado, enfeitado, construído, imitado. É o corpo que entra e sai da moda. A roupa, neste caso, é apenas um acessório para a valorização e exposição deste corpo da moda.

No início do século passado, as mulheres temiam no que diz respeito às práticas relacionadas com o seu corpo e seu embelezamento, por serem consideradas dissolutas pela rígida moralidade da época, contudo, atualmente, estimuladas por discursos dirigidos a elas, são convencidas de que para serem felizes, existe a necessidade de se cuidar e principalmente de cuidar do seu corpo.

Neste caso, a vaidade com o corpo e, sobretudo o corpo feminino, considerada anteriormente, como pecado e futilidade, passa a ser vista, agora, como uma virtude e uma obrigação. O corpo se libertou de suas antigas prisões sexuais, procriadoras e de uma história de vestes/trajes, no entanto, hoje, é exposto a repressões estéticas que também geram ansiedades e temores (GOLDENBERG, 2005).

Então, vivenciando uma sociedade que impõe o padrão estético como ideal a ser conquistado por todos; como os sujeitos idosos estariam estruturando sua imagem corporal? Como pensar o corpo no envelhecimento no regime das identificações corporais, com seus modelos de corpos e peles esvaziados e suas próteses corretivas, neste tempo em que se vigora cada vez mais um apelo à idolatria do corpo vendida o tempo todo.

Segundo Messina (2003, p. 5) o corpo dos idosos, que tem modalidades anatômicas e modalidades de encontro com outros corpos, pode perde seu estatuto erogênico com a erosão natural e irreversível da velhice. A imagem que ele tem de si próprio não permanece mais assegurada. Algo em seu corpo não se equilibra mais e se destrói permanentemente enquanto sua mente permanece inquieta por viver. O idoso passa então a vivenciar uma amarga dicotomia entre corpo e mente.

Essa experiência traduz a dissonância entre o “interior”, que o faz sentir jovem e o “exterior” do indivíduo diante de um corpo que se transforma e uma mente que não acompanha essa transformação. Entretanto, alguns indivíduos parecem aceitar bem o envelhecimento, outros resistem a ele, tentam negá-lo ou “evitá-lo” (MOREIRA; NOGUEIRA, 2008).

Para a modernidade, o envelhecimento não é percebido como uma fase da vida e; o “corpo fora do padrão” não como uma pluralidade, mas sim como doenças e sintomas a serem consertados e curados por meio dos avanços tecnológicos, o que estimula o intenso consumo de produtos cosméticos, cirurgias plásticas e tudo que gira entorno da indústria do embelezamento e rejuvenescimento.

Portanto, envelhecer no cenário marcado pelo culto ao corpo jovem e à beleza, transforma essa experiência, que é um fenômeno biológico “inevitável”, em um fenômeno cultural da ordem do “indesejável” (MOREIRA; NOGUEIRA, 2008). Segundo os mesmos autores, o envelhecer desponta uma experiência ambígua, dotada de múltiplos significados e o que acontece com o físico não encontra respaldo no psicológico, sendo algo inevitável e, ao mesmo tempo, temido e indesejado.

Debert (2002) destaca também que, na mídia brasileira, coexistem anúncios que reforçam a imagem de uma velhice dependente, retrógrada, com uma outra que realça prestígio, poder e participação, percebendo uma tendência cada vez maior de representar o velho de forma “não tradicional”. Esse fato propicia que a velhice se torne uma questão de escolha pessoal e de distinção entre os indivíduos que se deixam envelhecer e aqueles que reagem ativamente e rejeitam o envelhecimento.

É em virtude disso que a imagem corporal desempenha um papel importante na vida do ser humano para a consciência de si, do seu real valor, das suas capacidades e limitações que levam ao autocuidado.

Schilder (1999) conceitua a imagem corporal como a representação e a figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós é tanto imagem mental quanto percepção. E se a percepção do corpo é positiva a autoimagem será positiva, e se há satisfação com a imagem do seu corpo, a autoestima será melhor. Autoestima é o que a pessoa sente a respeito de si mesma (MOSQUERA, 1976). A autoestima positiva indica bem-estar, saúde mental e ajustamento emocional, implicando diretamente a satisfação com a vida.

A autoimagem e a autoestima estão interligadas, sendo dependentes uma da outra e variam de acordo com o gênero. Em um estudo realizado com mulheres idosas verificou-se que quanto melhor a autoestima, melhor a autoimagem das idosas; idosas mais ativas estão satisfeitas com a sua autoimagem e a sua autoestima; idosas com ausência de doenças apresentaram melhor autoestima e menor percepção de sentimentos negativos (PINQUART; SÖRENSEN, 2001).

A autoimagem é a chave que o ser humano tem para compreender seu comportamento e a consistência que ele oferece. Por isso, o primeiro passo para o entendimento dos profissionais de saúde, para com as pessoas da terceira idade, sobre o conceito de imagem corporal é tornar-se mais atento às próprias atitudes dos idosos frente à sua saúde, ao desfiguramento e às alterações no funcionamento do corpo.

Em suma, a autoimagem é o (re)conhecimento que se faz de si, como são os sentimentos, as potencialidades, as atitudes e as ideias, ou seja, a imagem de um corpo mais realista possível. Portanto, é uma necessidade para todos os indivíduos se moverem e se localizarem no espaço do autocuidado.

2 MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

Para pesquisar através do imaginário de um grupo de pessoas idosas participantes da Universidade Aberta para Terceira Idade (UnATI), vinculada à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), a fim de conhecer os valores e os princípios norteadores de seu pensamento sobre a construção das ações de autocuidado para o envelhecimento saudável, fez-se necessário escolher um método que possibilitasse ouvir e ver a expressão das várias maneiras de se “encontrar e desencontrar” no cuidar de si, num espaço gerador de liberdade propício à criatividade.

Neste enfoque, nos desvelaremos a partir da Sociopoética, considerando que este método favorece o conhecimento de forma reflexiva e natural, aumentando o grau de consciência dos idosos sobre o tema de investigação, estimulando-os a fazer outras associações e, até mesmo, construindo outro imaginário sobre o objeto de estudo proposto. E também pelo qual o pesquisador possa estar ativamente engajado no processo, todavia sem interferir ou alterar a livre expressão do imaginário por parte dos sujeitos investigados, na posição de quem aprende com eles (SANTOS et al., 2005).

Esta proposta potencializa o próprio grupo, no qual todos os integrantes se constituem como co-pesquisadores. Aplicando o método sociopoético, mediante a instituição do dispositivo analítico Grupo Pesquisador (GP), trabalha-se o corpo como fonte de conhecimento, explorando o potencial cognitivo das sensações, da emoção e da gestualidade, para além da imaginação, da intuição e da razão. Nesse sentido, promove-se a criatividade artística no aprender, no conhecer, no pesquisar e no cuidar do ser humano. Além do mais, valoriza os conceitos e “confetos” produzidos pelas culturas dominadas e de resistência e enfatiza a dimensão espiritual, humana e política da construção dos saberes (SANTOS et al., 2005).

Com este desvelar, caracteriza-se a pesquisa como descritiva que, em concordância com Leopardi (2001), descreve com exatidão os fatos ou fenômenos de determinada realidade e exige do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja estudar, uma precisa delimitação de técnicas, modelos e teorias que orientarão a produção e experimentação/interpretação dos dados. O estudo também adota uma abordagem qualitativa, partindo-se do fundamento de que:

Há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações. Como sujeitos da pesquisa, identificam os seus problemas, analisam-nos, discriminam as necessidades prioritárias e propõem as ações mais eficazes (CHIZZOTTI, 1998, p. 79, 83).

2.1 Conhecendo o campo de pesquisa

O presente estudo realizou-se na UnATI/UERJ, que funciona na Rua São Francisco Xavier, 524 - 10º andar, bloco F – Pavilhão João Lyra Filho – Rio de Janeiro.

Justifica-se a escolha deste cenário por se desvelar na atenção integral à saúde do idoso, baseada em abordagem interdisciplinar, atuando na formação de profissionais e na produção de conhecimento sobre a terceira idade, com enfoque no cuidado e na promoção da saúde, com o objetivo de produzir respostas sociais para enfrentar as questões do envelhecimento populacional brasileiro. Em conformidade com sua essência, este cenário se coaduna com as implicações da pesquisadora.

Para compreender melhor este campo de pesquisa, retrata-se aqui um pouco de sua história.

No final da década de 80, o professor Piquet Carneiro idealizou um grande Centro de Convivência voltado para o estudo desta população que, além de compreender uma unidade de saúde de referência, pudesse ser um locus de formação qualificada de profissionais de saúde e áreas correlatas e de produção e disseminação de conhecimento por meio do desenvolvimento de pesquisas. Esta primeira análise deixou clara a necessidade de estabelecer um local de atendimento sem as características hospitalares tradicionais e do modelo habitual de ambulatório que só oferece consulta, e sim firmar serviços especializados no tratamento de doenças, voltados para a promoção da saúde, desenvolver atividades lúdicas e de estímulo à convivência, prestando informações sobre direitos civis e fomentando várias discussões. E foi a partir de 1996, que a UnATI se tornou um Núcleo da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, decisão aprovada no colegiado da UERJ (UnATI/UERJ, 2009).

Hoje, a UnATI/UERJ – uma universidade em permanente construção - está instalada numa área de aproximadamente 800 m² do campus universitário e passou a incluir o ambulatório Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI). A partir de 1996 ampliou sua área assistencial por intermédio do ambulatório Cuidado Integral à Pessoa Idosa (CIPI), localizado na Policlínica Piquet Carneiro, também pertencente à UERJ. Portanto, nos últimos dez anos, a UnATI/UERJ vem ampliando sua área de atuação, tornando-se referência de qualidade e inovação no atendimento ao idoso, apresentando eixos que podem ser identificadas como ações de ensino, pesquisa e extensão, em torno dos quais se encontra uma estrutura que, por definição, é considerada aberta – no sentido de não concluída, posto que pretende ser dinâmica (VERAS; CALDAS, 2004).

Os quatro eixos, segundo os mesmos autores seriam:

- a) voltado para os idosos e reúne as seguintes atividades: serviços de saúde, atividades socioculturais e educativas e atividades de integração e inserção social;
- b) voltado para estudantes de graduação, profissional e pública não idosa: formação de recursos humanos, educação continuada, preparação de cuidadores;
- c) prioriza a produção de conhecimentos: produção de pesquisa, Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento, portal da UnATI, publicação e divulgação da produção dos pesquisadores;
- d) prioriza a sensibilização da opinião pública e preocupa-se com a visibilidade do programa. É voltado para o público externo e formador de opinião: atividades de extensão, programa de voluntariado, atividades de comunicação e divulgação.

Entre as atividades socioculturais e educativas para idosos encontra-se como referência a perspectiva da educação permanente. São oferecidos mais de 120 cursos livres por semestre para pessoas com mais de 60 anos. Cerca de 2500 pessoas frequentam regularmente esses cursos, que não representam uma estrutura curricular hierarquizada. O aluno, em princípio, tem liberdade de escolha para frequentar as oficinas e cursos de sua preferência, dentro do limite de vagas oferecidas. Para conseguir se matricular nos cursos, que têm uma enorme demanda reprimida, os idosos passam por processo seletivo de sorteio, e depois da inclusão as matrículas são feitas semestralmente. Têm-se como áreas temáticas dos cursos

oferecidos: educação para saúde, arte e cultura, conhecimentos gerais e línguas estrangeiras, conhecimentos específicos sobre a terceira idade (VERAS; CALDAS, 2004).

Para receber grandes contingentes de idosos, especialmente aqueles que não puderam participar de cursos regulares por falta de vagas, existem também as atividades culturais e sociais que envolvem Workshops, oficinas, palestras, apresentações públicas de canto, passeios mensais, bailes, reuniões de fóruns de política do idoso e outros (VERAS; CALDAS, 2004).

A equipe é multidisciplinar, sendo em sua grande maioria formada por professores, porém há psicólogos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, educadores físicos, fonoaudiólogos e terapeuta ocupacional. É composta por mais de 60 professores, alguns do quadro docente da UERJ, e outros contratos de prestação de serviço. Como exemplos, são oferecidos cursos de dança de salão, xadrez, gerontologia social, terapia da voz, oficina de memória, oficina da criatividade, oficina da imagem, cursos de inglês, espanhol, francês, alemão, o idoso na futura, teatro, coral e outros.

Os idosos também possuem um órgão de representação composto por coordenação, vice-coordenação, tesouraria e comissão de eventos. Existem eleições e reuniões entre a diretoria da UnATI e os representantes. A comissão representa um elo entre os idosos e a instituição e é altamente organizada e interessada na melhoria da UnATI.

2.2 Dimensionando a poética da pesquisa

A Sociopoética caracteriza-se na sua composição etimológica, por sócio, da raiz latina – “socius” = companheiro, “quem compartilha o mesmo pão”, e poética, de raiz grega – “poiésis” = produção, criação, isto é, indicando um processo de construção do conhecimento em conjunto, por um grupo de pessoas que compartilham de um mesmo assunto (SANTOS et al., 2005).

Fundada pelo filósofo e pedagogo francês Jacques Gauthier, o método não é apenas uma técnica prazerosa ou uma técnica de fazer pesquisa, e sim um método de construção coletiva do conhecimento, em que todos os “saberes são

iguais em direito”. Afirma ainda que este método é amadurecido e influenciado diretamente pelas teorias de Paulo Freire, de acordo com a Pedagogia do Oprimido, com contribuições também da proposta mitopoética de René Barbier, das experiências teatrais de Boal, da análise institucional. O método desenvolve uma postura dialógica, buscando uma igualdade entre todas as informações dos membros do grupo e facilitadores da pesquisa (SANTOS et al., 2005).

A Sociopoética é orientada por cinco princípios aplicados simultaneamente com seus fundamentos teóricos nas etapas da pesquisa. Todos os princípios têm a mesma importância, mas só são considerados métodos sociopoéticos quando há Instituição do Grupo Pesquisador (GP). De acordo com Santos et al. (2005), os princípios filosóficos são:

► A Importância do corpo como fonte de conhecimento

O princípio trabalha o conceito de que não devemos pesquisar somente utilizando a forma de pensar-razão, mas integra o pensar-razão, o pensar-emoção, o pensar-intuição e o pensar-sensação, portanto, pesquisar com todo o corpo.

Gauthier (2005) sentencia que o corpo somente pensa quando integrado com o espírito e todas as formas de pensar. A integração do *self* é o objetivo da vida psicológica e espiritual, significando que os facilitadores de pesquisa têm que se equilibrar entre as várias formas de pensar. Então, não separemos a razão e os outros modos de pensar, intuição, emoção e sensação.

Gauthier et al. (1998), em seus trabalhos, discutem a intuição como um instrumento intelectual importante em todo processo de pesquisa, principalmente na produção e análise dos dados, que é fortemente controlada na avaliação do grupo, através da dialogicidade, dando a oportunidade de colocar as próprias intuições do GP e do facilitador da pesquisa.

Outro fator importante de pesquisar com todo o corpo é considerar que, para descobrir aquele pensamento silencioso (recalcado) particularmente vivo, intenso, significativo nas classes e grupos oprimidos, é preciso um método que desperte as ideias-energia latentes, presentes, mas adormecidas, ou seja, que utilize práticas que considerem a intuição, a emoção e as sensações juntamente com a razão para investigar os saberes oprimidos e recalcados (GAUTHIER, 2005).

Nesse contexto, também é necessário apropriar-se da escuta sensível, proposta mitopoética de Barbier (2002), em que este não é um simples escutar com os ouvidos, mas a capacidade de o pesquisador sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para compreender do interior as atitudes e os comportamentos, o sistema de ideias, de valores, de símbolos e de mitos. Portanto, para o mesmo autor só se é pessoa “pela existência de um corpo, de uma imaginação, de uma razão, de uma afetividade em permanente interação”.

► A importância das culturas dominadas e de resistência, das categorias e dos conceitos que elas produzem

Para Gauthier (2005), este princípio se firma no interesse do pesquisador de encontrar a significação de saberes recalcados do povo, sugerindo-se que as próprias noções de ciência e de cientificidade sejam negociadas entre as culturas, entre os povos, numa troca igualitária de experiências, práticas e teorias. O mesmo autor sugere que se constituam grupos pesquisadores juntamente com facilitadores da pesquisa, em que se encontrem pessoas da academia e pessoas de várias outras culturas, de modo que os saberes, experiências de vida e marcadores culturais possam miscigenar-se de maneira imprevisível.

No caso desta pesquisa, consideramos os idosos uma classe oprimida devido aos preconceitos vividos e aos desafios a ser enfrentados na constante busca do equilibrar limites e possibilidades para a construção do envelhecer saudável.

O pesquisar Sociopoético caracteriza-se também com transcultural e multirreferencial. Segundo Gauthier (2005), com a transculturalidade pretende-se alcançar as linhas de fuga, os desejos, as relações de poder, as singularidades que percorrem o GP, muitas vezes criadas no próprio processo de pesquisa; e com a multirreferencialidade, pretende-se debater o conhecimento produzido com o grupo, que não se esgota com um saber acadêmico, mas possivelmente com diversos saberes.

► O papel dos sujeitos pesquisados como co-responsáveis pelos conhecimentos produzidos, “co-pesquisadores”

O Grupo-pesquisador, herdado a partir do amadurecimento da Pedagogia do Oprimido de Freire (2005), é o centro vivo da pesquisa Sociopoética. Com ela, pretende-se criar dispositivos que gerem espaços e tempos para que as pessoas se tornem os sujeitos da pesquisa, verdadeiros co-pesquisadores, parceiros e parceiras dos facilitadores da pesquisa, tanto na construção do conhecimento como nas decisões que se devem tomar para que o próprio processo de pesquisa chegue até sua conclusão (GAUTHIER, 2005).

Para tanto, a transformação destas pessoas pesquisadas em GP é uma exigência ética e política fundamental. E, com efeito, a teoria da dialogicidade freiriana é fundamental, pois é no diálogo que acontecem as negociações, as contradições e até conflitos nem sempre superados, mas que, de posse de acordos, promovem crescimento mútuo, transformando sujeitos, criando cidadãos.

Todavia, neste princípio, Gauthier (1999, p. 42) cita que “não podemos e não queremos, de jeito nenhum, reproduzir as práticas instituídas de pesquisa, em que os pesquisados são explorados como produtores dos dados da pesquisa”, que nada controlam da produção do conhecimento.

► O papel da criatividade de tipo artístico no aprender, no conhecer e no pesquisar

Nesse princípio, destacam-se as técnicas artísticas de produção de dados que favorecem a emergência de pulsões e saberes inconscientes das pessoas.

Ao expressarem a criatividade através das técnicas artísticas para o pesquisar, conhecer e o aprender, os mesmos estimulam o vislumbamento do imaginário, fonte de busca da pesquisa Sociopoética. Para tanto, essas técnicas são utilizadas sempre antecedidas de relaxamento, pois permitem que se expresse a força que proporciona a criação de imagens, a imaginação (GAUTHIER, 2005).

O imaginário na pesquisa Sociopoética é refletido pelo “inconsciente, que carrega as aceitações e cumplicidades com os poderes hegemônicos, as repressões instituídas, as ideologias dominantes” (GAUTHIER, 2005, p. 53). A Sociopoética,

utilizando-se deste criar, permite revelar e analisar coletivamente, logo, parcialmente superar essas aceitações e cumplicidades.

Conforme elucida Gauthier (2005, p. 60) aqui, pretende-se empregar técnicas de pesquisa que permitem investigar os oprimidos em contato com seu imaginário, pois a “Sociopoética é um revelador e catalisador da heterogeneidade, muitas vezes encoberta por uma aparente homogeneidade”.

► **A importância do sentido espiritual, humano, das formas e dos conteúdos no processo de construção dos saberes**

O princípio considera o processo de investigação um pesquisar-juntos. A aprendizagem mútua é pautada na filosofia dialógica de Freire, afirmando que ensinar é pesquisar e, segundo Gauthier (2005), pesquisar sociopoeticamente é ensinar.

Esse autor destaca, também, a exploração e a alienação dos sujeitos, nas pesquisas “instituídas”, segundo o referencial de Lourau (1993), em que o sentido final da investigação se perde totalmente. Nesse caso, os sujeitos de pesquisa tornam-se objetos da produção do conhecimento realizada no contexto dos Cursos de Pós-Graduação, que pouco ou nada sabem dos resultados obtidos através de suas falas/discursos. Portanto, ele assevera que com a sociopoética pretende-se romper com tais práticas, criando dispositivos para que as pessoas alvo da pesquisa se apropriem dos seus saberes na produção de conhecimento. Revela-se, assim, o método sociopoético como uma prática instituinte na qual sujeitos de pesquisa e pesquisadores institucionais desenvolvem, conjuntamente, práticas social, educativa e de pesquisa.

Considerando Santos et al. (2005), o saber produzido pelo grupo tem significado não somente para o pesquisador, mas para todos os sujeitos de pesquisa, pois ele representa as vozes, sentimentos e percepções de pessoas, numa linguagem que pode ser entendida.

Este princípio foi o que mais se identificou com a profissão de enfermagem, que visa ao cuidar como finalidade da sua arte e ciência e que pesquisar-cuidando foi possível através da realização de um Grupo Pesquisador (SANTOS; SANTANA; CALDAS, 2003; TAVARES, 2005). Reforçando a ideia, o saber em enfermagem pode ser uma construção coletiva quando “o pesquisador, junto ao seu grupo de

pesquisa, escolhe trabalhar com técnicas grupais” (SANTOS; GAUTHIER, 1999, p. 76). Em síntese, as pesquisas que não se apropriam simultaneamente dos cinco princípios não podem ser consideradas sociopoéticas.

Portanto, no presente trabalho, tem-se o prazer de se apropriar desses princípios, com o intuito de utilizar o Método Sociopoético e o correspondente dispositivo analítico³ - GP para captar algo a mais que uma palavra ou atitude, ou ainda algum movimento corporal, que possa unir todas as expressões numa mesma abordagem.

2.3 O Grupo Pesquisador

O GP constitui um dispositivo, ou seja, uma montagem temporal e espacial estratégica que propicia a articulação dinâmica entre pessoas, criando um contexto relacional que mobiliza em cada participante devires⁴ singulares, ao mesmo tempo em que ativa processos de análise coletiva e crítica de dimensões pouco aparentes na vida instituída (SANTOS et al., 2005).

No método Sociopoético, a instituição do grupo pesquisador caracteriza a ideia de Barbier (2002) da transformação do grupo-objeto em grupo-sujeito, no que se refere não somente à ação social, mas também e, principalmente, às ações requeridas para a cientificidade. Portanto, no desenvolvimento da investigação não se busca o conhecimento isoladamente, utilizando as pessoas como sujeitos informantes apenas daquilo que se deseja saber (SILVA; SANTOS, 2005).

Além disso, o dispositivo do GP nos remete também à reflexão sobre a função educadora que envolve o cuidar em Enfermagem, permitindo uma educação compartilhada, mais próxima da realidade das pessoas. Assim, quando a enfermeira educa para o autocuidado, desenvolve um papel diretamente político, ao facilitar a autonomia de grupos sociais geralmente alvo de políticas públicas assistencialistas,

³ Conceito criado por Michel Foucault, mas que na Sociopoética se refere a todo tipo de montagem temporal ou espacial que propicia naturalmente ou de maneira propositada o surgimento do novo, do heterogêneo, e/ou singular. Na pesquisa Sociopoética, as técnicas utilizadas são consideradas dispositivos no sentido que se espera que façam emergir não ditos e/ou elementos novos, dimensões pouco aparentes (PETIT, 2002, p. 35).

⁴ O devir é uma linha de fuga, algo que escapa à categorização socialmente produzida (PETIT, 2002, p. 37).

que as mantêm na dependência das falhas do sistema de saúde (GAUTHIER; HIRATA, 2001).

Ao desenvolver as atividades do GP, Gauthier e Hirata (2001) reforçam a importância da “ação dialógica”, teorizada por Freire (2005), que caracteriza uma ação cultural norteada pelos quatro princípios, a saber, descritos: a) **co-laboração**: Os sujeitos se encontram para a transformação do mundo em co-laboração. O importante é que os saberes das pessoas são colocados em diálogo, possibilitando que cada uma aprenda com a outra, sem nenhuma hierarquia; b) **união para a libertação**: esse princípio prediz a unificação com o Eu; a desmistificação da realidade; a não divisão entre conhecimento, afeto e agir; a solidariedade de classe; e a descoberta de si como sujeito singular; c) **organização**: refere-se a organizar com coerência, ousadia, radicalização, valentia de amar, crença, clareza das condições, adesão ao grupo por simpatia; e d) **ssíntese cultural**: prediz a dialética permanência-mudança, Investigação temática, Problematização, Teoria da ação educativa.

É válido mencionar que há outras inspirações advindas para o GP, porém esta pesquisa não irá se deter em todas elas.

2.3.1 Desenvolvimento do grupo pesquisador

No desenvolvimento do dispositivo denominado Grupo Pesquisador, Santos et al. (2005) consideram oito etapas e/ou momentos eminentemente dinâmicos na pesquisa sociopoética, nas quais são aplicados, simultaneamente, os princípios filosóficos e os fundamentos teóricos dessa abordagem do conhecimento, conforme se descreve a seguir.

FASE 1. Instituição do grupo pesquisador

Para compor o GP, primeiramente foi solicitada autorização dos diretores responsáveis pela UnATI/UERJ, visando a considerá-la campo desta investigação,

cujo projeto foi aprovado por conselheiros *ad hoc* selecionados entre professores doutores, especialistas nos temas gerontologia e sociopoética e também cadastrados no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Sisnep). Ressalta-se que a solicitação foi acompanhada da declaração de cadastramento dessa entidade e ainda do encaminhamento para realização de pesquisa da diretora da Faculdade de Enfermagem da UERJ, unidade de ensino responsável pelo seu desenvolvimento. Após essa tramitação, obteve-se a aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa (COEP) da UERJ, Protocolo n°. 025.3.2008 (ANEXO, p. 162), respeitando-se, assim, as Normas de Pesquisa em Seres Humanos descritas na Resolução 196/96, que enfatiza o compromisso ético com os sujeitos da pesquisa, seja como indivíduo, seja como coletividade.

Por conseguinte, as pesquisas envolvendo Seres Humanos (Resolução n° 196/96) respeitam quatro referenciais básicos da bioética: a autonomia, a não-maleficência, a beneficência e a justiça. Nesse sentido, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento direcionado aos sujeitos do estudo, dá informações precisas sobre as condições a que eles se submetem. O TCLE está de acordo com o Artigo 35, do Capítulo IV dos Deveres, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que prescreve:

Solicitar consentimento do cliente ou do seu representante legal, de preferência por escrito, para realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino em Enfermagem, mediante apresentação da informação completa dos objetivos, riscos e benefícios, da garantia do anonimato e sigilo, do respeito à privacidade e intimidade e à sua liberdade de participar ou declinar de sua participação no momento que desejar. (CONSELHO..., 2000)

Após os trâmites legais de responsabilidade assumidos pela pesquisadora e representantes institucionais, foi iniciada pela pesquisadora a Instituição do Grupo Pesquisador. Este foi constituído pelo pesquisador e população alvo do estudo, no caso dessa dissertação de mestrado, onze indivíduos idosos, que frequentam a UnATI/UERJ, aqui denominadas de co-pesquisadores. A pesquisadora assumiu o papel de facilitadora, sendo responsável por desenvolver dinâmicas de relaxamento, técnicas artísticas de produção de dados, junto a mais cinco pessoas, incluindo a orientadora da dissertação, colegas de turma de mestrado e um especialista em dinâmicas de sensibilidade.

Foi respeitado o cronograma elaborado, que atendeu às necessidades do GP e dos facilitadores, quanto a datas e horários. Da mesma forma, a pesquisadora institucional assumiu que suas análises dos dados produzidos seriam consideradas não como verdades definitivas, mas sim verdades colocadas em diálogo com as análises dos membros do GP, conforme preconiza Gauthier (2005).

Nesta pesquisa, visando a incentivar a adesão de frequentadores do campo selecionado, para compor um grupo de investigação, desenvolvido através de Oficinas Sociopoéticas, foi proposto um Curso para o Autocuidado. Este curso, cuja divulgação se deu mediante cartazes anexados ao mural da UnATI/UERJ, na sua Recepção, e também pelos profissionais de saúde, funcionou como um atrativo aos futuros co-pesquisadores.

As inscrições para o Curso foram realizadas nos meses de agosto e setembro de 2008, na recepção da UnATI/UERJ, conseguindo-se 25 inscritos⁵.

FASE 2. Delimitação do Grupo/Sujeito da Pesquisa

A princípio, para compor o grupo, não foi considerada uma amostra randômica, admitindo-se, portanto, uma demanda espontânea para a formação do GP.

Para a seleção dos sujeitos, foram considerados os critérios de inclusão: Ser um indivíduo idoso (idade superior ou igual a 60 anos), de acordo com o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03); Que o mesmo aceite em participar do Curso/pesquisa Autocuidado no Envelhecer Saudável; Pertencer a qualquer classe social, sexo, raça ou etnia.

Foram abertas 20 vagas para a constituição do grupo, a princípio, tendo havido uma procura de 25 idosos pelo Curso/pesquisa. Posteriormente, a pesquisadora agendou um encontro, ao qual compareceram 16 inscritos, para prestar as informações necessárias sobre o Curso/pesquisa, esclarecer curiosidades, informar os objetivos, vantagens e riscos possíveis da investigação

⁵ É válido mencionar que houve considerável procura pelos idosos em participar do Curso/pesquisa, já que a instituição atravessava, neste período, uma greve de funcionários, na qual muitas das atividades com os idosos estavam suspensas.

científica, nessa ocasião, sem proposta prévia do tema para seu desenvolvimento e a proposta dos dias, datas e horários das atividades. Cientes do exposto, os sujeitos concordaram em participar do Curso/pesquisa e assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido. Todavia, só puderam participar 11 idosos. Os demais não puderam frequentar devido à indisponibilidade de dias e horários pelos compromissos e atividades que já realizavam e por residirem distantes da UnATI, já que este era um curso programado para mais ou menos dois meses.

Nesta ocasião, os sujeitos preencheram também o formulário de entrevista, tendo autorizado a transcrição de suas falas quando gravadas, para posterior divulgação de suas respostas em divulgação científica, desde que respeitado seu anonimato. Esse formulário se destinou à caracterização do grupo pesquisador, considerando variáveis sociodemográficas e institucionais na UERJ (APÊNDICE B, p. 161).

O Curso/pesquisa ofertou nove encontros (uma vez por semana) de 1 hora e meia de duração, a partir do desenvolvimento com o grupo, e foi iniciado nos meses de outubro a novembro de 2008.

Petit (2002), Santos et al. (2005) consideram o ideal um mínimo de 6 encontros de 1 hora e meia de duração e caso se necessite aumentar o número de encontros, este será considerado a partir do desenvolvimento do grupo. As mesmas autoras também consideram que só se devem investigar 6 a no máximo 20 pessoas, para garantir a efetiva escuta sensível e participação de todos durante o processo.

De acordo com Barbier (2002, p. 59), a escuta sensível não é um simples escutar com os ouvidos, mas é a “capacidade de o pesquisador sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para ‘compreender do interior’ as atitudes e os comportamentos, o sistema de ideias, de valores, de símbolos e de mitos”. Isso não significa identificação ou adesão às referências do outro, mas uma abertura para compreendê-las.

FASE 3. Investigação temática

Considerando o GP o centro vivo da pesquisa sociopoética, optou-se por compartilhar um espaço de pesquisar/cuidar em relação às experiências vivenciadas

pelo grupo sobre as ações de autocuidado, que se deu de forma prazerosa. É importante ressaltar também que todas as fases do grupo ocorreram desta forma, mas aqui se destaca o momento em que se escolheu e delimitou o tema orientador de pesquisa. Para tanto, nesta fase do grupo, nos apropriamos do princípio da Co-laboração, teorizado por Freire (2005).

Referente aos objetivos dessa pesquisa, as pessoas idosas se uniram em co-laboração para desvelar o mundo das ações de autocuidado para o envelhecimento saudável, princípio este também atendido em vários momentos do GP quando discutíamos os dados, por elas produzidos.

Assim, corrobora-se que a co-laboração não pode se dar a não ser entre sujeitos, ainda que com distintos de responsabilidade, embora somente possa se realizar na comunicação. Considerando a afirmação do autor citado quanto ao diálogo ser sempre comunicação que funda a co-laboração, observou-se nesta fase que os sujeitos demonstraram princípios de autonomia não se permitindo meramente serem conquistados, ou manejados pelos argumentos da pesquisadora. Tal comportamento orientou sua não domesticação e “sloganização” como pessoas dominadas para efeito de implementação de pesquisa.

Então, no espaço do grupo, os saberes foram compartilhados, rompendo-se com a visão distorcida do saber unilateral, inquestionável e até mesmo imposta pelos profissionais de saúde, considerados únicos detentores do saber nessa área (SANTOS et al., 2005).

Este princípio destaca a participação efetiva do sujeito da pesquisa, promovendo a construção coletiva do saber. Portanto, a investigação temática só se justifica enquanto devolve ao povo o que a ele pertence, enquanto seja não o ato de conhecê-lo, mas o de conhecer com ele a realidade que o desafia. Portanto, a dialogicidade começa na investigação temática (FREIRE, 2005).

Todavia, apreendendo o princípio da dialogicidade, no processo de pesquisar/cuidar desenvolvido nesta fase do GP, especificamente, vi-me com a coragem de lançar minha proposta de trabalho que vem abarcada de implicações histórico-existenciais, psico-afetivas e profissionais referentes ao assunto.

Então, seguindo a proposta do método, discorre a seguir como se deu o amadurecimento do tema orientador em comum acordo com o grupo, captando seu próprio interesse.

Vale lembrar que o primeiro encontro com o grupo se deu com esclarecimentos de como seria o desenvolvimento do Curso/pesquisa, a respeito dos dias e horários, tempo de duração, dentre outros, além da sua concordância pela assinatura do termo de consentimento e também da sua ciência por se tratar de uma pesquisa de mestrado na sua colaboração para o meio acadêmico/científico em prol da terceira idade.

Contudo, a investigação temática iniciou-se no segundo encontro com o grupo, porém este já concentrado de muitas expectativas, já que cada indivíduo apresentava objetivos pessoais e diversos, além de curiosidades quanto ao cartaz exposto e por se tratar de um curso diferenciado dos demais.

Portanto, conhecendo um pouco de cada indivíduo no primeiro encontro, percebeu-se a dificuldade de alguns participantes em se apresentar e falar em grupo, principalmente da consciência de participar em tal pesquisa. Assim, no primeiro momento propôs-se ao grupo a dinâmica de sensibilidade “a construção do rosto coletivo” (DORES, 2008) como forma de descobrir/conhecer, liberar e potencializar a criatividade e entrosamento do grupo com o facilitador e os demais participantes.

Apresentação dos membros do grupo através da dinâmica de sensibilidade “a construção do rosto coletivo”

Com a realização desta dinâmica, pretendeu-se promover a desinibição dos participantes e também a oportunidade de socializar o espaço/tempo do desenvolvimento da oficina. À medida que os participantes se concentravam na dinâmica, ficavam mais à vontade para iniciar a investigação do tema.

Portanto, a dinâmica seguiu os seguintes passos:

- a) orientar os participantes para se sentarem em círculo;
- b) distribuir para cada participante uma folha de papel e uma caneta de cor;
- c) em seguida, orientar para desenhar: uma sobrancelha somente; passar a folha de papel para as pessoas da direita e pegar a folha

da esquerda; desenhar a outra sobrancelha na folha que este recebeu; passar novamente; desenhar um olho; passar novamente; desenhar outro olho; passar a direita e... completar todo o rosto com cada pessoa colocando uma parte (boca, nariz, queixo, orelhas, cabelos);

d) quando terminar o rosto, pedir à pessoa para contemplar o desenho e identificar características físicas, traços, fisionomia, expressões ao rosto de sua personalidade; e

e) pedir a cada participante para dizer que sentimentos vieram em mente e as características físicas que mais se aproximam de sua autoimagem.

E assim se iniciou a dinâmica proposta pela facilitadora do curso/pesquisa, do qual todos participaram. Eis os resultados:

Aqui a boca teria a ver comigo, a sobrancelha, porque está assim franzida. Tenho bastante otimismo, sou uma pessoa segura, decidido e bastante observador. Sobre a minha foto aqui, a única coisa que deu de expressão foi os olhos que é o meu caso. Eu acho que a expressão dos meus olhos, o meu rosto, a minha fisionomia está sempre com um olhar alegre, de felicidade, apesar de que, todos nós temos problemas, mas ela está com um sorriso, é o meu caso, eu estou sempre assim. Este rosto me parece uma pessoa ansiosa que tem haver comigo e meu bom humor. Essa figura... os olhos me deram assim uma ideia desconfiada e atenta, esse cabelinho aqui que desenharam, parecido de homem, é o meu achatadinho [risos], a boca também saiu parecida com a minha. Então está de bom tamanho (Trechos das falas do GP).



Figura 3 – Produção referente à dinâmica “a construção do rosto coletivo”.

Nota: Elaborado pelo GP e compilado pela autora, UERJ, 2008.

Eu achei o rosto coletivo uma pessoa muito parecida com a minha curiosidade que é uma coisa inata e muito atenta. Eu não tenho nada a declarar... Eu sou muito tímida! Eu não encontrei nada que parece comigo. A única coisa que eu encontrei aqui foi o cabelo, que é um pouco rebelde, meio rebelde. Tem tanta coisa para falar... Sou alegre, mas depende do momento. O que mais me chamou atenção aqui são as sobrancelhas e os olhos, porque a sobrancelha está muito bonita e um olhar atento. Parece que alguém que está atento ao que está acontecendo, combina comigo a maior parte do tempo (Trechos das falas do GP).

Nesta dinâmica, observou-se a desinibição do grupo, havendo intensa participação que foi de fundamental importância para que se pudesse prosseguir com a nossa tarefa. Mesmo assim, ainda recuei de apresentar o tema orientador ao grupo para proceder à investigação temática, porque me vi curiosa em me apropriar primeiro deles, algo relacionado ao assunto. E perguntei: “O que vocês pensam sobre a palavra autocuidado?”. Eis as respostas:

Autocuidado por você próprio; Cuidado em todos os aspectos: espiritual, emocional, mental, físico [...]; Pensei só em saúde; Em remédios de como se cuidar; Orientar para o nosso bem-estar; Autocuidado tanto físico, quanto espiritual, o modo de ser, de vestir, de calçar, de expressar, [...]; O autocuidado pra mim, ela denota muito mais o aspecto físico do que o aspecto espiritual, porque primeira é a preocupação da própria atividade, do trabalho, que é como a pessoa da terceira idade a partir de certo momento começa a ter o seu organismo fragilizado pelo físico, problema de se locomover, descer uma escada, subir uma escada, tomar um banho. Pessoas que não conseguem entrar no banheiro se não houver um tapete antiderrapante, não admite porque ele já teve problema de escorregar com sabão, e aí aquele corpo já começa a perceber que já não tem o mesmo equilíbrio, então esse cuidado me chamou a atenção, olhando esse aspecto, da maneira de se proteger com relação a essa fragilização física; Em minha opinião a gente não deve se preocupar só com o físico, deve se preocupar também com o espiritual; Aqui cabem todos os meios; Mas pra mim o autocuidado dentro do foco do curso me chamou a atenção pelo fato de ela ser enfermeira, tratar o físico e não o espiritual. Mas especificamente do curso, eu acho que é um tratamento do físico, comportamento, alimentação, qualquer coisa assim referente ao corpo da pessoa, já que ela é enfermeira (Trechos das falas do GP).

Assim, sobre as considerações feitas pelo grupo, a princípio desmistificou-se a imagem da enfermeira atribuída somente ao cuidado físico, pois, não é só do físico que cuidamos.

[...] o desenvolvimento da enfermagem encontra lugar no cuidado com as pessoas, do respeito aos seus direitos e do reconhecimento de sua dignidade e humanidade. Fazer enfermagem é dispor-se a sonhar, imaginar, criar e compartilhar com outros as belezas, misérias, forças, humildade, saberes e utopias (FIGUEIREDO et al., 1998).

O grupo também apresentou uma intensa curiosidade sobre o que viria ser a palavra Sociopoética, que, esclarecidos pela Professora Iraci, logo perceberam como seria vasto e produtivo tal participação, pois relataram:

Ao falar alguma coisa, ao dar um depoimento, de alguma maneira dar certa contribuição, fazer você a construção, refletir, para nós é gratificante, e saber que valeu para alguma coisa, a gente ser ouvido é sempre importante, ser ouvido, ser levado em consideração (Trechos das falas do GP).

Logo após o desfecho, segui apresentando minhas inquietações referentes ao tema, convidando-os para dele participarem. Cogitando a respeito do tema baseado

em alguns autores como Caldas (2006), Boff (2000) e Waldow (2004), foi desvelado ao grupo que o:

Autocuidado é uma prática de cuidar da pessoa para si mesma e desenvolvida por ela mesma. São atitudes e comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com a finalidade de promover sua saúde, de preservá-la, de assegurar e manter a vida. É um recurso para sobrevivência, porque ao cuidar do corpo, não apenas a estrutura física, mas todas as dimensões, o indivíduo compreende melhor e de maneira mais construtiva a sua própria vida. Todavia, ter a consciência das próprias necessidades de saúde e de se fazer o que é preciso para se cuidar gera o entorno que chamamos de autoconhecimento. Será que nós nos conhecemos o suficiente para sabermos o que nos estimula ou nos desestimula sobre os cuidados de saúde? Pois para cuidar de si devemos saber o que é melhor para si, ou pelo menos tentar minimizar aquilo que nos é prejudicial. Então acredito que o autocuidado, ele precisa ser vivido, ser sentido, ser construído a cada dia. Já que esta é uma construção dinâmica e a todo o momento cria e recria novos conhecimentos, o cuidar é visto como forma de criar, uma possibilidade de intervir e também de transformar as situações. E para transformar na situação de cuidado, faz-se necessário modelar movimentos e ações que fazem o cuidado se tornar existente nas nossas vidas. Hoje acredito que se vocês estão participando de um curso na UERJ, é porque algo fizeram para que se tornasse existente o cuidado na vida de vocês. Então, minha pergunta orientadora é a seguinte: Como vocês se cuidam para o caminho do bom envelhecer? (Trecho da fala da facilitadora).

Após esta apresentação, o grupo considerou válido e importante discutir estas experiências pessoais de autocuidado, já que esta é uma ação vivida e refletida pelas pessoas da terceira idade. Nesse sentido, autocuidado/envelhecer é o desenvolvimento da busca de uma outra dimensão do viver, pois ao mesmo não se chegou somente pela ciência consagrada, pelas tecnologias, mas pela existência do cuidado consigo mesmo, de hábitos adquiridos durante o percurso da vida.

Portanto, socializar esses saberes aliados aos saberes acadêmicos, a fim de nos apropriarmos do imaginário sobre o autocuidado durante toda a vida, ou melhor, desde que nascemos, pois a partir do momento em que nascemos já começamos a envelhecer, é uma prática que, de acordo com o grupo, deve se iniciar desde a infância, incentivando a conhecer o seu próprio corpo e como tudo funciona, para se cuidar melhor, pois muitas pessoas chegam à velhice sem se conhecer.

É válido ressaltar as considerações de Petit (2002), que, mesmo quando o facilitador sugere o tema, é muito importante que este seja bastante aberto, evitando induzir ângulos pré-definidos, e assim juntamente com os co-pesquisadores descobrir os eixos de problematização, ou seja, fazer uma análise crítica que o assunto encerra. Assim, a produção deste conhecimento em Sociopoética foi construída a partir do desejo de saber do GP, e não exclusivamente dos interesses e da curiosidade do facilitador.

Por interrogar tais práticas e experiências em construção coletiva, apresentei ao GP sugestões de técnicas de criatividade e práticas artísticas, que, precedidas de um relaxamento, incentivam o imaginário e oferecem assim as condições necessárias para encontrar as figuras, formas e imagens através da realidade que se quer constituir. Obtendo então a concordância com o grupo, optou-se por trabalhar “A Lenda da Beleza⁶” (TAHAN, 2000), “Corpo como Território Mínimo” e “Vivência de Lugares Geomítricos”.

Oportunizar liberdade de escolhas com o grupo surgiu como resposta ao que Freire (2005) chama de adesão autêntica de ação dialógica. Essa adesão ao tema e às dinâmicas fez com que os sujeitos se voltassem sobre a realidade mediatizadora do autocuidado que, problematizada, é já a ação dos sujeitos dialógicos sobre ela, e daí uma transformação desta.

A intenção em aceitar e acreditar nesta tarefa e na possibilidade de refletir sobre as experiências vivenciadas com os idosos e como facilitadora/enfermeira permitiu-me o cuidar/pesquisando em enfermagem de modo sensível, humanizado e estético. Assim entendo as palavras de Gauthier (1999, p. 69) que - “ensinar é pesquisar, e pesquisar sociopoeticamente é ensinar” - e concordo que pesquisar sociopoeticamente em enfermagem é cuidar.

A Sociopoética cria dispositivos geradores de espaços e tempos para que as pessoas alvo de pesquisas, individualmente segundo uma vertente e grupalmente segundo a outra, tomem poderes os mais amplos possíveis na produção de conhecimento e na realização da pesquisa, até o fim, a socialização (GAUTHIER, 2005).

Finalizando o encontro que considerei de grande produtividade a respeito da temática, solicitei que os participantes redigissem no cartaz com uma frase, uma palavra, um desenho etc., práticas relacionadas no cuidado de si, conforme se observa no cartaz a seguir:

⁶ Técnica aplicada com o GP, visando a favorecer o sentido da Autoimagem, cujos resultados não são apresentados nesta dissertação.



- lavar as mãos ao chegar a casa;
- tomar banho todos os dias, fazer pelo menos três refeições ao dia;
- evitar comer gorduras em geral em excesso;
- usar pouco sal;
- evitar o uso excessivo de açúcar;
- evitar o uso de bebidas alcoólicas e bebidas com muita cafeína;
- tomar a medicação diária como prescrita pelo médico;
- praticar atividades esportivas: ginástica, yoga, tai-chi, dança de salão, hidroginástica;
- ler bons livros: romances, poesia;
- ir ao cinema e ao teatro;
- fazer cursos como os da UnATI;
- estudar línguas estrangeiras;
- participar de coral de canto orfeônico;
- cantar, passear, viajar, conversar, namorar, ir à festa;
- visitar parentes e amigos;
- cuidado total;
- alimentação saudável;
- não me preocupo com a velhice;
- exercício físico regular;
- fazer programas culturais;
- ler sobre muitos assuntos;
- ouvir muita música;
- preocupar-se com o bem-estar e do seu semelhante;
- amar a vida;
- ter bom humor;
- ir ao dentista;
- cuidados com a mente;
- ir ao médico regularmente;
- higiene doméstica e pessoal;
- vestuário;
- social, cultural, espiritual;
- tomar muita água;
- nunca como comidas gordurosas, sempre procuro me alimentar com frutas;
- nunca como nada que me faça mal;
- não bebo, não fumo, não como em excesso;
- eu me cuido pensando na alimentação;

Figura 4 – Cartaz sobre ‘autocuidado’ do GP.

Nota: Elaborado pelo GP e compilado pela autora, UERJ

As frases revelam, de maneira clara e simples, a preocupação de cada sujeito em cuidar de sua saúde. Alguns demonstram que têm consciência da necessidade de frequentar sistematicamente o médico e de seguir suas orientações. Ainda revelam o conhecimento da importância de tomarem os medicamentos de maneira correta, de manterem uma boa higiene corporal e uma alimentação adequada, bem

como de realizarem atividade física. É inegável também o valor que assumem na convivência com os amigos e a participação nos grupos de terceira idade como ações promotoras de saúde e bem-estar.

Portanto, os idosos, ao assumirem determinados comportamentos e atitudes, estão determinando seu processo de viver que consideram saudáveis, estas por sua vez, embasadas no seu próprio conhecimento em saúde adquiridos.

FASE 4. Oficinas sociopoéticas para produção de dados: aplicação da técnica de sensibilidade “corpo como território mínimo”

A Sociopoética operacionaliza o pensamento do grupo utilizando técnicas artísticas e/ou dinâmicas que expressam o conhecimento pelos sentidos. Existe uma recomendação de utilizar pelo menos duas técnicas na realização de uma pesquisa baseada no GP. Ressalta-se também que, além da produção artística dos dados, o pesquisador pode se utilizar de instrumentos de entrevistas ou questionários para complementá-los.

A produção de dados é dependente da técnica de pesquisa escolhida, na qual se devem permitir a expressão e liberação da capacidade criadora dos sujeitos. A criatividade artística toca no inconsciente, movimentando-o em sentidos inesperados, ainda não explorados. Portanto, pesquisar com o corpo inteiro significa desencadear as potências criadoras das pessoas e descobrir o imaginário muitas vezes esterilizado pela rotina mortífera do cotidiano (SANTOS et al., 2005).

É claro que o facilitador não tem como saber de antemão o efeito da técnica empregada. Para isso, recorre à sua intuição bem como ao princípio de técnicas que produzam algum estranhamento, ou seja, aquelas que mexem com os sentidos que normalmente os sujeitos quase e/ou não utilizam. Estas técnicas serão mais fecundas em dados, levantando por isso mesmas mais questionamentos e interrogações.

Toda oficina começa com um relaxamento considerado parte integral da investigação em que “os membros do GP devem conseguir abaixar o seu nível de controle consciente, a fim de que expressem os saberes enterrados e imersos, os

ventos raros, as lavas congeladas pela história coletiva e individual” (GAUTHIER, 2005, p. 53).

Ressalta Gauthier (2005) que em Sociopoética não se adota a terminologia “coleta de dados”, tão comum nas investigações científicas, pois os dados são produzidos na interação, na intersubjetividade entre pesquisador e sujeitos da pesquisa.

Aplicação da técnica de sensibilidade “corpo como território mínimo”

Esta técnica de pesquisa, descrita por Gauthier e Hirata (2001), foi utilizada para o enriquecimento do estudo, cuja proposta inicial é conseguir a autovalidação conscienciosa do nosso corpo como único e exclusivo espaço que o homem verdadeiramente possui (RODRIGUES, 2002). O ser humano dispõe do seu corpo para a vida ou para a morte, para a saúde ou para o adoecimento, para o bem viver, ou para se entristecer, se alegrar ou se deprimir.

Os profissionais de saúde costumam pensar que o corpo é seu objeto de trabalho (SANTOS, 2005). Algo assim cujo dono é a ciência. Então, o uso do corpo pela ciência é considerado para o bem da humanidade. Geralmente se pensa sobre a dimensão física e não nas demais dimensões emocional/intelectual e espiritual. Para nós é difícil pensar nessa integralidade, visto que um corpo pode morrer simplesmente por desistir de viver. E se engorda, se emagrece, se descuida, se deprime, se enlouquece, porque ele é o seu próprio soberano. E, pensando no livre arbítrio, nem a ciência, nem a “Providência Divina” podem interferir.

No caso deste trabalho, a Dinâmica do Corpo como Território Mínimo (DCTM) foi utilizada para pensar como uma pessoa consegue se concentrar, após uma dinâmica de relaxamento, a fim de expressar, num simples desenho do corpo humano, que supostamente seria o seu, o que se passa nas suas dimensões corporais a respeito do autocuidado no envelhecer saudável.

Conforme Gauthier e Hirata (2001), uma inspiração para se implementar a DCTM é a possibilidade de revelar num determinado grupo de trabalho coisas escondidas, recalcadas, oprimidas, e por isso “não ditas”. Tal possibilidade seria

viabilizada aplicando-se o princípio da teoria da ação dialógica de Freire (2005), centrado na União para a Libertação.

Esse princípio norteia a ação pedagógica, considerando-se que, nesta pesquisa, as Oficinas Sociopoéticas foram desenvolvidas conjuntamente com um Curso de Autocuidado. Assim, foi proposto aos membros do grupo pesquisador pensar no seu corpo e a partir de sua criatividade desenhá-lo em uma cartolina que lhe foi fornecida. Após completar o desenho, transpor para o papel, sua resposta à seguinte questão: “Como vocês se cuidam para o caminho do bom envelhecer?”.

De modo geral, a aplicação dessa dinâmica funcionou como um espaço que possibilitou o desvelar de atitudes e de comportamentos referentes aos cuidados com o corpo/saúde, tendo o grupo pesquisador expressado o que fazia ou deixava de fazer, apontando suas necessidades. Na contra-análise, pode-se perceber que os membros do grupo se deixavam mostrar tais como são.

Na descrição da contra-análise do GP, os facilitadores da pesquisa buscaram experimentar/analisar o surgimento de aspectos, expressões que revelassem o que Gauthier e Hirata (2001) encontraram no seu trabalho sobre uma Vivência de não Cidadania, referente aos princípios da ação dialógica de Freire: a unificação como Eu; a desmistificação da realidade; a não divisão entre conhecimento, afeto e agir; a solidariedade de classe: e a descoberta de si como sujeito singular.

Assim, aos passos da DCTM seguiram-se:

- a) discussão com o grupo sobre o entendimento da palavra “território”, a partir da referência de Santos (1997);
- b) consenso de que nosso corpo pode ser considerado nosso território mínimo;
- c) solicitação para a prática artística tendo como base a figura do corpo desenhada no seu autocuidado. Para tanto, ficaram à disposição dos participantes lápis cera, lápis de cor, pilot e outros materiais para pintura e desenho;
- d) verbalização dos participantes sobre os encontros e desencontros do próprio cuidar por meio da figura desenhada: “Como vocês se cuidam para o caminho do bom envelhecer?”.

FASE 5. Oficinas sociopoéticas para produção de dados: aplicação da técnica de sensibilidade “vivência de lugares geomíticos”

No intuito de promover mais uma produção de dados, optou-se também por trabalhar com a técnica Vivência dos Lugares Geomíticos, criada por Gauthier (1999), na qual se utiliza de formulário específico contendo a pergunta orientadora e reportando-se ao objeto de estudo. Acerca da criação desta técnica, salienta-se:

[...] filosoficamente, a projeção sobre as nossas histórias de vida desta lógica é uma lógica inspirada pelas culturas indígenas do Pacífico, as quais pensam em termos de lugares geomíticos, permite, graças a seu caráter estranho, formalizar outros conteúdos além daqueles habitualmente constituídos nas pesquisas [...] é um revelador (SANTOS; GAUTHIER, 1999, p. 83).

Para tanto, dos lugares geomíticos existentes e, a partir da intuição da pesquisadora, tanto quanto seus conhecimentos técnico-científicos, foram selecionados *a estrada, a ponte, a falha, o labirinto, o cume, o poço, o limiar e o trilho*.

O interesse em usar esses lugares complexos como referenciais propiciando o devaneio é solicitar a imaginação e criatividade.

[...] não se utiliza nenhuma interpretação dos lugares “terra”, “ponte”, “poço” etc. É só criação de um princípio diferente, inacostumado, para gerar a expressão da energia imaginativa das pessoas e do grupo. Sendo a forma inacostumada, é provável que emerjam conteúdos, expressões, imagens inacostumadas, inesperadas. O objetivo é ver o outro lado da vida, aquele que nossa formação teórica e, mais geralmente, nossa cultura nativa não permite enxergar. Estranhar para conhecer (como também transformar para conhecer) é um processo acostumado na sociologia da intervenção (GAUTHIER, 2005, p. 55).

A aplicação da técnica, em síntese, consiste em se fazer inicialmente uma dinâmica de relaxamento e sensibilização para, posteriormente, aplicar os formulários contendo a pergunta orientadora associada aos lugares geomíticos selecionados. Após a aplicação do formulário, foi solicitado aos componentes do grupo o registro no formulário específico, com uma frase completa, a associação do seu imaginário com os lugares geomíticos, pensando na pergunta orientadora.

Exemplo: “Como é o Autocuidado para o Envelhecer Saudável se ele fosse uma estrada?”.

Formulário da vivência de lugares geomíticos

- a ESTRADA para onde fugir ...
- a PONTE que permite sair das dificuldades ...
- a FALHA entre mim e o instituído ...
- o LABIRINTO onde a gente pode se perder ...
- o CUME onde vejo a paisagem toda ...
- o POÇO onde meu pensamento pode cair ...
- o LIMIAR onde ficar ...
- o TRILHO onde escorregar ...

Considera-se, portanto, que o autor da produção é o próprio grupo na sua relação mútua com os pesquisadores/facilitadores da pesquisa.

FASE 6. Análise/apresentação do dados produzidos e contra análise

A produção de dados é seguida imediatamente da explicitação/análise pelos co-pesquisadores dos significados atribuídos à mesma. Com efeito, deve ficar claro que o objetivo da Sociopoética é a descoberta da estrutura do pensamento do grupo na sua heterogeneidade e não a realização de análises individualizadas.

O facilitador deve procurar ter o cuidado de não traçar o caminho que os co-pesquisadores irão percorrer para essa análise, deixando que os mesmos criem seus procedimentos de sistematização. Este cuidado se justifica pela tentativa de não induzir uma única lógica, e sim permitir que os co-pesquisadores expressem suas próprias modalidades de reflexão, intuição e organização dos dados. “A maneira como os dados são analisados pode suscitar um olhar inesperado, sobretudo com relação aos materiais não discursivos” (PETIT, 2002, p. 45).

Tem-se também dentro da análise dos dados um momento feito isoladamente pelo pesquisador que, a partir da produção dos dados, analisa as estruturas de pensamento invisíveis que estão embutidas nos atos e palavras do grupo. É sabido que nas transcrições das falas do GP se tem a riqueza das discussões pelas técnicas de pesquisa e sua triangulação. Para tanto, ele elabora um quadro demonstrativo contendo as categorias teóricas escolhidas para análise e faz sua correlação com as verbalizações do grupo sobre o tema orientador da pesquisa. A partir dessa verbalização, são delimitados os temas predominantes advindos do grupo, os quais são considerados categorias empíricas porque são procedentes da experiência do grupo (GAUTHIER, 2005).

Os dados produzidos pelos registros escritos de respostas individuais receberão um tratamento característico da Sociopoética:

-Estudo Classificatório: É a análise em que se destacam as oposições, ou seja, as dicotomias, as alternativas e as escolhas que existem no conjunto das produções do GP com uma técnica dada; um estudo que não é uma análise, pois não corta, e sim interliga;

-Estudo Transversal: É a análise das ligações, das ambiguidades e das convergências;

-Estudo Filosófico: Realizado a partir de referências teóricas, escolhidas pelo facilitador, segundo suas inclinações, ou ainda pelo GP inteiro. Na Sociopoética, várias abordagens podem armar várias tendas desde que não se sobreponham aos confetes criados pelos co-pesquisadores;

-Estudo Surreal: Não convencional, consiste em subverter a estrutura do pensamento do grupo criando uma nova lógica e somente pode ocorrer após as análises classificatória e transversal. Neste caso, o facilitador utiliza os mesmos elementos colocados pelos co-pesquisadores e propõe novas combinações e inversões inesperadas ao grupo.

A partir dessas análises, o facilitador formula várias conclusões em forma de hipóteses e uma nova reunião com os co-pesquisadores é realizada com a finalidade de submetê-las à avaliação do grupo.

Esse tipo de análise pretende restituir ao grupo uma descrição das suas estruturas de pensamento, limitando, tanto quanto possível, as projeções interpretativas dos pesquisadores. São o que chamamos de confetos (conceitos+afetos), ou seja, conceitos produzidos mediante os dispositivos sociopoéticos por estarem perpassados de razão, intuição, emoção e sensação (PETIT, 2002; SANTOS et al., 2005).

FASE 7. Validação dos conhecimentos produzidos pelos co-pesquisadores

Como já foi dito anteriormente, após a conclusão das análises, o facilitador volta a se encontrar com o grupo para submeter seus integrantes ao crivo de sua avaliação bem como para fazer perguntas de esclarecimento. Na verdade, o facilitador restitui ao grupo a análise, explicando como ela foi realizada, para que ele avalie as interpretações do pesquisador, tudo no processo dialógico. Este momento, chamado de contra-análise, é fundamental para que o pesquisador oficial retifique, reexamine e torne mais precisas suas reflexões. Nesta fase, pode ser interessante o pesquisador trazer suas análises, geralmente muito extensas, de forma mais sintética e comunicativa (PETIT, 2002; SANTOS et al., 2005).

O momento de análise das criações do GP permite transformar o produto da atividade dos membros do grupo em objeto de conhecimento, sem que seja morta a dinâmica existencial desse produto. Ele não se torna um objeto morto, preparado para análise, um mero símbolo sem vida, separado, congelado, ele mantém o seu devir, suas contradições, sua clareza e sua escuridão; o produto da atividade aparece como mistura de coisas que podem colocar em palavras claras e outras que não se podem enunciar, todas numa ação dialógica (GAUTHIER, 2005).

É importante realçar que a análise pelo grupo é um processo constante no decorrer da pesquisa, sendo este sempre aberto a críticas, a novos direcionamentos, novas experimentações, sugeridas por membros do GP e aceitas por ele (GAUTHIER, 2005).

FASE 8. Divulgação da pesquisa e disseminação dos achados científicos

Como retrata Santos et al. (2005), o saber é feito para ser compartilhado, quer dizer, criticado, mas também apreciado.

Há também de considerar que por se tratar de uma dissertação de mestrado e serem os sujeitos informados do fim da pesquisa, ela é submetida aos trâmites legais de análise do curso, assim como à publicação em periódicos com interesse no estudo.

Todavia, a mesma não se restringe somente ao espaço acadêmico, sendo divulgada de forma a promover a socialização dos dados, inclusive para os participantes da pesquisa, na qual se utilizou o meio de divulgação do convite para ir à banca de Defesa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção se compõe da descrição e discussão dos resultados obtidos com as produções de dados utilizadas pelo método sociopoético. Inicialmente, descreve-se a caracterização dos sujeitos de pesquisa que compõem o Grupo Pesquisador. Em seguida, são apresentados os conhecimentos produzidos pelas técnicas de pesquisa: Dinâmica do “Corpo como Território Mínimo” e Dinâmica de Sensibilidade “Vivência de Lugares Geomíticos”.

Para a discussão dos resultados, serão utilizados os referenciais já apresentados no Capítulo I, em especial a Teoria de Nola Pender, descrita por Sakraida (2006) como proposta da integração da enfermagem à ciência do comportamento, identificando e discutindo os fatores que influenciam comportamentos saudáveis e, sobretudo, explorando o processo biopsicossocial, que motiva indivíduos para seu autocuidado levando-os a envelhecer de maneira saudável.

Releva-se que os resultados advindos desta pesquisa partem em sua maioria de pessoas idosas com escolaridade de nível superior e segundo grau completo, que, por sua vez, não representam a grande realidade brasileira, em que a proporção de idosos com escolaridade baixa ainda é bastante elevada (IBGE, 2000).

Deve-se também lembrar ao leitor que as transcrições autorizadas das falas do GP foram importantes instrumentos de análise, utilizados para fundamentar os estudos Sociopoéticos. Sua leitura indicou o caminho das análises com maior clareza e apoiando também a discussão das contra-análises do grupo e, portanto, a consequente aprovação das categorias defendidas aqui pelos co-pesquisadores.

3.1 Caracterização dos sujeitos/membros do grupo pesquisador

Para dimensionar o perfil do Grupo Pesquisador (ver formulário de entrevista - APÊNDICE B, p. 161), confeccionou-se o Quadro 1, que apresenta as características pessoais e tempo de participação na UnATI/UERJ, campo desta pesquisa. Observa-se, quanto ao sexo, que do total de 11 pessoas idosas

componentes do GP, oito situam-se no feminino e três, no masculino. Segundo o último IBGE (2000), tal diferença é explicada pelos diferenciais de expectativa de vida entre os sexos, um fenômeno mundial, mas que é bastante intenso no Brasil, haja vista que as mulheres vivem mais que os homens.

Em consonância com a estratificação de faixa etária⁷ utilizada pelo IBGE (2000), predominaram nesta pesquisa indivíduos de 75 anos ou mais, constatando as referências do período intercensitário, revelando ser este segmento o que mais cresceu.

Quanto à escolaridade, predominam seis indivíduos que referiram possuir o nível superior completo, enquanto três possuem o segundo grau completo. Estes dados não representam a grande parcela da realidade brasileira, na qual a proporção de pessoas idosas com escolaridade elevada ainda é bastante reduzida.

Embora houvesse um aumento significativo na proporção de alfabetizados e do aumento do nível de escolaridade dos idosos, a média de anos de estudo deste segmento ainda é extremamente baixa, principalmente considerando a relação de gênero, pois os níveis de alfabetização são diferenciados. Os homens continuam sendo, proporcionalmente, mais alfabetizados do que as mulheres. Uma explicação para esse fato é que até os anos de 1960, os homens, ainda, tinham mais acesso à escola do que as mulheres (IBGE, 2000).

Em relação ao estado de união, o grupo concentra quatro viúvas, além de duas divorciadas, uma solteira e três casados. Sete indivíduos relatam morar com filhos, cônjuge e irmãos, e somente dois vivem sós. Foram encontradas quatro pessoas declarando ter dois filhos, três pessoas com três filhos e somente duas declararam não ter filhos. Residem em moradia própria, dez indivíduos.

De acordo com a estratificação de rendimentos⁸ utilizada pelo IBGE (2000), seis idosos declararam renda em torno de 3 a 5 salários mínimos, e cinco idosos com renda de 1 a 2 salários mínimos. A renda provém da aposentadoria e/ou pensão na grande maioria, ou seja, o que vem a reforçar que o rendimento por trabalho corresponde a uma parcela minoritária de pessoas idosas.

⁷ IBGE estratifica as faixas etárias em: 60 a 64 anos; 65 a 69 anos; 70 a 74 anos; 75 anos ou mais (IBGE, 2000, p. 14).

⁸ A distribuição do rendimento médio por classes de salários mínimos pelo IBGE é: até 1 salário-mínimo; mais de 1 a 2; mais de 2 a 3; mais de 3 a 5; mais de 5; sem rendimento. Considerando que a determinação do valor do salário mínimo se baseia no suprimento das necessidades básicas dos indivíduos (IBGE, 2000, p. 28).

O IBGE (2000) mostra um favorável quadro de crescimento do rendimento médio nominal, destacando-se o significativo declínio da proporção de idosos que recebiam em média até meio salário mínimo. Por outro lado, verificou-se, também, um considerável aumento da população idosa que recebeu em média mais de cinco salários no mesmo período. Contudo, de uma forma geral, a distribuição por classes de rendimento ainda se encontra extremamente concentrada nos estratos de renda inferiores.

Todos (11) os integrantes do grupo referiram não receber ajuda financeira e seis referiram ajudar financeiramente os filhos e parentes nas despesas. Pode-se considerar que a universalização dos benefícios da seguridade social ocorrida na década de 90 foi um dos fatores primordiais para explicar a evolução positiva dos rendimentos no período. Dessa forma, uma boa parcela das famílias com idosos nessas condições passou a contar com um importante componente de sustentação de suas rendas complementar aos rendimentos provenientes do trabalho e da produção (IBGE, 2000).

Segundo Veras (2007), o nível socioeconômico, a escolaridade e a renda domiciliar aparecem como os fatores que influenciam o cuidado com a saúde da população.

Especificamente quanto às doenças crônicas, as mais frequentes entre os membros do GP foram hipertensão arterial, diabetes e doenças músculo-esqueléticas, sendo que dois indivíduos referiram não possuir nenhuma doença crônica. Dessa forma, embora os avanços na medicina tenham sido crescentes quanto ao tratamento medicamentoso das doenças, os sujeitos ainda precisam manejar seus cuidados com a doença de longo prazo.

C O D	Sexo	Idade	Escolaridade	Estado de União	Moradia / Reside com quem	Filhos	Renda aproximada em SM	Profissão/ ocupação	Ajuda Financeira	Possui Plano de Saúde	Tempo de participação na UnATI/UERJ e Cursos frequentados
A	Masc.	66 anos	Superior completo	Casado	Própria / Esposa	02	5 ou mais SM	Professor universitário	Oferece ajuda	Sim	05 anos Dança de salão; Coreografia; Alemão;
B	Fem.	77 anos	Superior completo	Divorciada	Própria / Não informado	0	4 a 5 SM	Não informado	Não recebe, não oferece	Não	06 anos Prevenção de quedas;
C	Fem.	69 anos	Superior completo	Divorciada	Própria / Reside Só	0	3 a 4 SM	Não informado	Não informado	Sim	04 anos Biodança;
D	Fem.	68 anos	Superior completo	Solteira	Própria / Filho	03	3 a 4 SM	Assistente social	Não recebe, não oferece	Sim	07 meses Crônicas; Ciência não tem idade;
E	Fem.	82 anos	1º Grau incompleto	Viúva	Própria / Filha	02	1 a 2 SM	Do lar	Oferece ajuda	Não	06 anos Lembranças do meu tempo; Memória biográfica; Alfabetização; Artesanato;
F	Fem.	77 anos	Superior completo	Viúva	Própria / Filha e irmã	02	5 ou mais SM	Professor universitário	Oferece ajuda	Sim	03 anos Gerontologia social; UnATI na futura; O idoso na mídia; Princípios de jornalismo;
G	Masc.	61 anos	Superior completo	Não informado	Própria / Não informado	01	5 ou mais SM	Engenheiro	Não recebe, não oferece	Sim	01 ano Dança de salão; Oficina da memória;
H	Fem.	82 anos	2º Grau completo	Viúva	Própria / Reside Só	02	1 a 2 SM	Auxiliar administrativo	Não recebe, não oferece	Não	06 anos Saúde natural; Oficina da Memória; Culinária; Informática;
I	Fem.	72 anos	1º Grau incompleto	Viúva	Alugada / Filha	04	1 a 2 SM	Do lar	Oferece ajuda	Não	01 ano Não participa de cursos no momento;
J	Fem.	79 anos	2º Grau completo	Casada	Própria / Filho e marido	03	1 a 2 SM	Do lar	Oferece ajuda	Sim	15 anos Informática; Dança de salão; Grupo operativo;
L	Masc.	81 anos	2º Grau completo	Casado	Própria / Filho e esposa	03	1 a 2 SM	Não informado	Oferece ajuda	Sim	15 anos Informática; Dança de salão; Grupo operativo;

Quadro 1 - Caracterização dos sujeitos/membros do GP.

Todos os participantes do GP são alunos da UnATI, que variam no espaço de tempo de sete meses a quinze anos. Entre os cursos dos quais participam há também uma grande variedade (Quadro 1), porém um participante informou não realizar nenhum curso no momento.

O motivo/interesse das pessoas idosas pela procura do Curso/pesquisa sobre o Autocuidado dimensionou objetivos pessoais quanto ao bem-estar, promoção da saúde e também diferenciados sobre o que cada um espera e busca para o bom envelhecer, conforme se verifica nas respostas do grupo pesquisador:

Para aprender a me cuidar mais e melhor e, assim manter qualidade de vida. Para aplicação pessoal. Achei interessante fazer uma reciclagem nos meus hábitos, pois estou sempre alerta a mudanças que melhorem meu estado geral. Interesse pelo título do curso Autocuidado. Cuidar em meu benefício, buscar o bem-estar. Aprofundar conhecimentos em autocuidado. Estar curioso em saber quais os cuidados que precisarei tomar uma vez que faço parte da melhor idade. Para me manter em atividade. Despertou-me para participar do curso. Interessei-me pela temática saúde, autocuidado. Vim acompanhando minha esposa (Trechos das falas do GP).

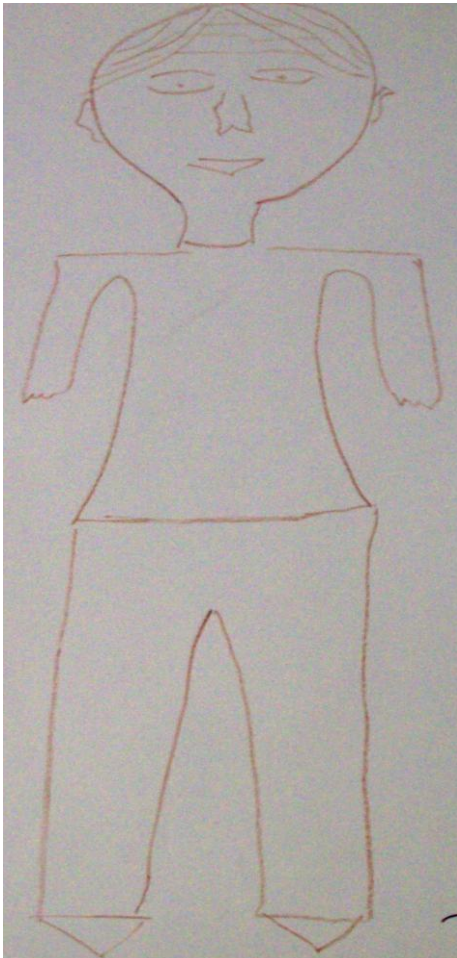
No entanto, mesmo sendo um grupo pequeno, heterogêneo e composto por pessoas que tiveram trajetórias bem diversas, ele apresenta como singularidade atitudes e posições tomadas que dão significados e valores às suas falas/vidas.

Todos os sujeitos são dotados de experiências e se mostram dispostos a continuar fazendo suas histórias com os próprios corpos, disponibilizando-se a estar sempre começando, pois mesmo na terceira idade começaram a ter aulas de informática, jornalismo, ciência, biodança, ou seja, vivendo e aprendendo, construindo o caminho ao caminhar. Embora essas pessoas estejam nessa dinâmica de vida, reconhecem existir muitas necessidades a serem atendidas com vistas ao alcance do “bom envelhecer”.

3.2 Produção e análise da dinâmica o “corpo como território mínimo”: estudo filosófico

Aqui são descritos os relatos dos membros do GP e apresentadas suas respectivas produções artísticas acerca do tema orientador previamente estabelecido pelos sujeitos de pesquisa e da pesquisadora.

Corpo revelando: marcas de obesidade *versus* controle de doenças crônicas



Resultados dos meus cuidados com minha saúde: pressão arterial controlada, diabetes controlado, vistas em bom estado de saúde. Aspecto ainda não inteiramente controlado: dificuldade em comer menos. Ação para controlar o apetite: tenho suporte psicológico, busca por tratamento homeopático. Preocupação: diminuir o tamanho da cintura, pois ultrapassa de muito 95cm, um dos parâmetros de risco de infarto. O desenho está bem de acordo com o meu corpo, porque cintura larga, braços que eu considero curtos e as pernas curtas também e eu tenho uma dificuldade danada de chegar com o meu braço até o meu pé, não consigo, eu dobro, dobro e tem esse barrigão aqui para atrapalhar. Cabeça redonda, nariz achatado, está bem parecida. Agora o que me preocupa muito é esse barrigão, esse lençol [aventail], mas de qualquer jeito vira lençol, vem até aqui no joelho. Então é isso, eu até gostei do meu desenho está bem de acordo com o meu corpo. É isso mesmo.

31/10/2008
Co-pesquisador A

Figura 5 – Produção A: Corpo revelando marcas de obesidade *versus* controle de doenças crônicas.

Nota: Elaborado pelo grupo e compilado pela autora, UERJ, 2008.

É nítida na produção do co-pesquisador A, a facilidade no reconhecimento do seu corpo/território como espaço que necessita de cuidado.

A imagem corporal representa o retrato que cada um tem de si mesmo. Todavia, o co-pesquisador citado ilustra um bom domínio do corpo, revelando a aceitação de si e sua autoestima, mesmo focalizando algumas insatisfações referentes ao seu corpo. Portanto, para compreender o conceito de imagem corporal atribuído pelo co-pesquisador, deve-se mostrar atento às próprias atitudes que o indivíduo adota frente à saúde, ao desfiguramento e às alterações no funcionamento do corpo.

Assim como o território tem suas dimensões, o corpo tem medidas, como a largura da cintura, a altura do ombro, o tamanho do pé, dentre outros. Talvez alguns mais satisfeitos com as suas medidas e outros não. O corpo que ao mesmo tempo é objeto de nossa autoestima, mas que, também é objeto e fonte de uma insatisfação permanente. Mas o fato é que face às insatisfações com a autoimagem, como este pode interferir no próprio cuidado a saúde? Indubitavelmente, isto implicaria uma relação estreita entre todos os componentes individuais do ser humano, sejam eles físicos, emotivos, mentais, espirituais, sociais ou culturais.

O autor da produção A deixa claro, no início, os resultados de sua conduta de saúde, que por sua vez são positivos, reforçando também a possibilidade de o indivíduo detentor de doenças crônicas conseguir o nível de equilíbrio que satisfaça o caminho do bom envelhecer.

Este sucesso se deve a seu compromisso de atuar, que se revela presente quando o autor expõe sua dificuldade em controlar o apetite, e por sua vez busca solução. À medida que o indivíduo identifica o problema e/ou dificuldades e planeja estratégias a fim de executar uma conduta de saúde, este fato vem a ressaltar o modelo teorizado por Nola Pender (SAKRAIDA, 2006), que fala sobre a autoeficácia percebida, ou seja, o juízo da capacidade pessoal de organizar e executar uma conduta promotora de saúde.

Portanto, muitas ações de autocuidado são construídas intrinsecamente às necessidades de saúde, de cuidado e bem-estar, representando o papel ativo do indivíduo para gerir as condutas de saúde.

O co-pesquisador também destaca que as preocupações a respeito de sua saúde e/ou corpo estão interligadas a partir de seus conhecimentos em saúde, ou

seja, esses conhecimentos são identificados a partir de percepções do que se considera e/ou do que se conhece como padrão ideal de saúde. Na produção artística, este fato também se torna claro quando o autor expressa detalhes do corpo, especificamente a largura da cintura, quando o mesmo refere que o “diminuir o tamanho da cintura” é uma preocupação atual, porque condiz com os parâmetros de risco de infarto. Portanto, uma das condições favoráveis para o cuidar de si, para este co-pesquisador, focaliza-se no ter conhecimento em saúde.

Recorda-se que o autocuidado com o corpo exige do indivíduo conhecimentos e também a observação de si próprio para a tomada de consciência daquilo que lhe faz mal no seu hábito de agir e de pensar. Em suma, o indivíduo com autoimagem realista está mais apto aos desafios da vida e ao bom relacionamento humano, pois seu comportamento é coerente com a ideia que faz de si, o que lhe permite uma autoconsciência mais aprimorada e assim pode, mais facilmente, corrigir seus erros e ter satisfação em suas conquistas (GUEDES, 2007).

Considerando a discussão desse resultado, foram delimitados os seguintes **temas relacionados**: Ter conhecimentos em saúde; Reconhecimento das necessidades do corpo; Autoestima; Autoimagem; Controle de doenças crônicas; Busca de soluções / alternativas.

Aprendendo e cuidando do corpo



Minha dificuldade atual são dores nas pernas, do joelho para os pés. As pernas é que me preocupam. Ontem eu estive com o médico, ele disse para eu fazer exercício. Minha pressão arterial está controlada. Quanto aos cuidados do meu corpo, procuro me dedicar ao máximo, com o que posso... bucal, alimentação, vida social. Pena que o ano está terminando, que a gente devia ter feito mais cursos, e não fiz, o tempo foge.

31/10/2008
Co-pesquisadora B

Figura 6 – Produção B: Aprendendo e cuidando do corpo.

Nota: Elaborado pelo grupo e compilado pela autora, UERJ, 2008.

A co-pesquisadora B, em seu relato, enfatiza sua atual preocupação relacionada aos membros inferiores e ao mesmo tempo expõe a busca de solução. Assim, a percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde, aferindo suas limitações e/ou perdas, pode lhe facilitar regular de forma ativa a própria conduta.

A autora da Produção B refere ainda que os cuidados com o corpo/saúde são realizados, considerando o que pode ser feito, dentro de suas possibilidades. Um dos principais pressupostos de Pender (SAKRAIDA, 2006) referente ao modelo de promoção de saúde afirma que as pessoas buscam criar condições de vida mediante as quais podem expressar seu próprio potencial de saúde.

A fala da co-pesquisadora evidencia a necessidade de buscar conhecimentos para o autocuidado quando se refere à necessidade de fazer cursos. Silva e Duarte, (2001, p. 249) afirmam que “o autocuidado com o corpo exige do indivíduo um aprendizado especial de forma a atender não só à promoção da saúde, mas também às mudanças produzidas pela doença e à prevenção de complicações”. Tal fato é

reforçado nas produções do GP, demonstrando a possibilidade de se viver em condições de bem-estar, mesmo quando é impossível modificar o curso da doença crônica.

Compreendendo que os níveis de motivações e as necessidades variam entre os indivíduos. Na Produção B, o co-pesquisador realça algumas de suas necessidades como a importância da saúde bucal e da alimentação, reconhecidas por Watson (TALENTO, 2000) como as necessidades de sobrevivência/biofísicas. Este fato pode se relacionar com a capacidade funcional do indivíduo em realizar as atividades de vida diárias (AVDs), ou seja, ações básicas que envolvem o manejo com o próprio corpo.

Fica claro também na produção desse co-pesquisador as necessidades de vida social, consideradas por Watson (TALENTO, 2000) como necessidades integradoras/psicossociais; que também pode se relacionar com as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) demonstrando a forma como a pessoa está adaptada ao seu meio.

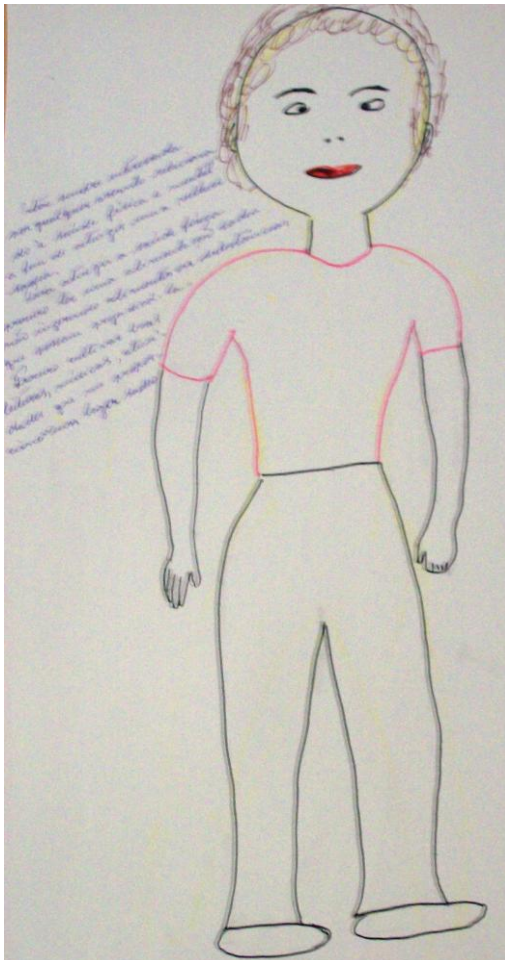
Sobre a produção artística apresentada, é marcante a valorização atribuída à autoimagem. No seu atendimento, o co-pesquisador espontaneamente valoriza o corpo feminino, o vestuário e os acessórios. E esse prazer de cuidado pela autoimagem, em parte, interliga-se à vida social, já que influencia no seu bem-estar. Portanto, reforçando-se o campo da gerontologia, os contatos sociais são considerados um requisito importante para o bem-estar e, como consequência, para um bom envelhecimento (BERGER, 1995; GOLDMAN, 2006; LOURES et al., 2007).

Outro detalhe desta produção é a presença das características da feminilidade no corpo, questão esta tão pouco valorizada na terceira idade e também para alguns participantes do GP que atribuíram forte valorização aos aspectos morais e aos valores internos do ser humano.

Esta evidência é produto de uma sociedade que exerce enorme apelo à imagem de um corpo belo e jovem, com um discurso de expectativa narcisista devido à difícil convivência do idoso com sua imagem, levando por vezes à perda da identidade corporal. Entretanto, ressalta-se a percepção da pesquisadora vendo essa produção artística: trata-se de uma pessoa idosa superando o discurso da cultura que atribui altos valores ao corpo jovem e vestido segundo as recomendações da moda vigente.

São **temas relacionados** à Produção B: Busca de conhecimentos em saúde; Reconhecimento das necessidades do corpo; Autoestima; Autoimagem; Busca de soluções / alternativas; Controle de doença crônica; Atendimento para o Autocuidado.

Cuidar valorizando as dimensões corporais (físico, mente e espírito)



Estou sempre interessada por qualquer assunto relacionado à saúde física e mental, a fim de atingir uma velhice sadia. Para atingir a saúde física, procuro ter uma alimentação sadia, não ingerindo alimentos ou substâncias que possam prejudicá-la. Procuro cultivar boas leituras, músicas, atividades que me proporcionem um lazer sadio.

31/10/2008
Co-pesquisadora C

Figura 7 – Produção C: Cuidar valorizando as dimensões corporais (físico, mente e espírito).
Nota: Elaborado pelo grupo e compilado pela autora, UERJ, 2008.

Analisando a produção artística C, juntamente com sua descrição, ela se revela uma co-pesquisadora que implementa o ato de cuidar conforme sua maneira de ser e sua visão/experiências de vida. Pender (SAKRAIDA, 2006) em suas afirmações teóricas afirma que as pessoas se comprometem a adotar condutas a

partir das quais antecipam os benefícios derivados, valorizados de forma pessoal. Portanto, o exemplo desses benefícios para o GP se firma na alimentação saudável, no cultivo da cultura/lazer de acordo com suas preferências.

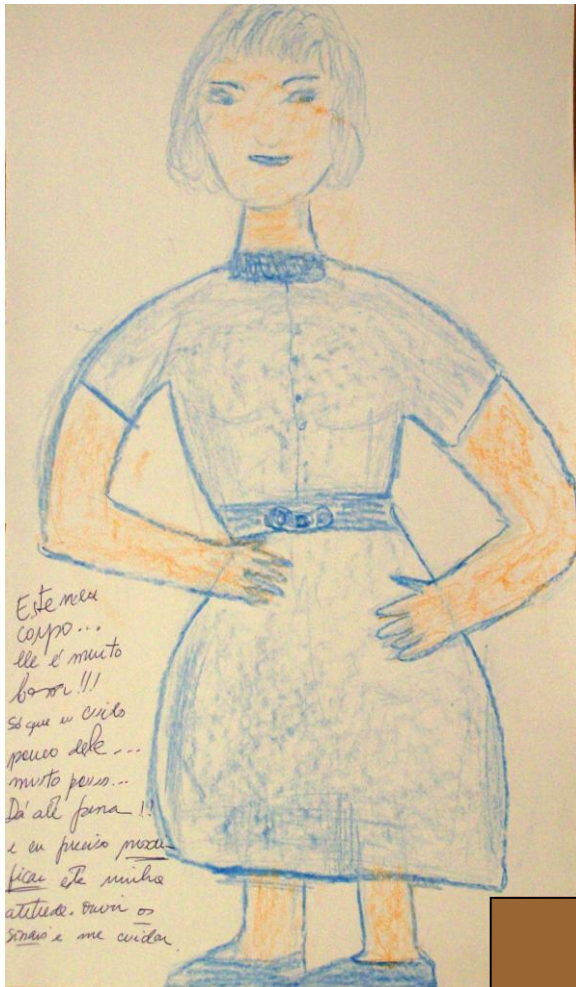
Portanto, falar sobre lazer é falar das atividades do “fazer humano”, da imaginação, da criatividade, dentre outros. “O lazer tem alto significado perante a sociedade, pois ele é fonte de criação cultural, de resgate do ser humano e de favorecimento de uma nova socialização” (FERRARI, 2006, p. 98).

Essa co-pesquisadora também enfatiza a prática do cuidado de si, a necessidade da busca por conhecimentos em saúde, como os demais participantes já apresentaram anteriormente. Na produção artística, a imagem corporal é bem realista para o autor, atendendo às necessidades de autoestima, que se mostrou um sentimento próprio a seu respeito, um conceito interno de gostar-se e respeitar-se, ver-se crescer e de se investir. A autoestima quando positiva indica bem-estar e saúde mental implicando diretamente satisfação com a vida.

Segundo Gauthier e Hirata (2001), quando o cuidar se encontra na perspectiva da autoestima, pressupõe que se utiliza o corpo físico para um cuidar sutil, ou seja, uma espécie de alimento para o espírito, que favorece a promoção do autoconhecimento e do autocrescimento, buscando organizar forças subjetivas e/ou sociais que podem transformar o Ser, portanto, seu destino.

Temas relacionados: Busca de conhecimentos em saúde; Autoestima; Autoimagem; Atendimento para o Autocuidado.

Autocuidado reconhecendo atitudes e comportamentos



Este meu corpo... ele é muito bom!!! Só que eu cuido pouco dele... muito pouco... Dá até pena!! E eu preciso modificar até minha atitude. Ouvir os sinais e me cuidar. Achei que o meu desenho ficou muito bonito, eu tentei assim fazer o mais completo que eu pude, lembrando de deixar arrumar os detalhes. Eu não tenho nenhum problema, nem de diabetes, nem de pressão, nem esse tipo de coisa assim. Hoje aqui eu estou me sentindo bem, nesse momento eu estou me sentindo perfeitamente na média.

31/10/2008
Co-pesquisadora D

Figura 8 – Produção D: Autocuidado reconhecendo atitudes e comportamentos.

Nota: Elaborado pelo grupo e compilado pela autora, UERJ, 2008.

A fala da co-pesquisadora imanta-se de expressividade quando reconhece que “cuida pouco” do corpo/saúde, visto que nesta fase da vida são indispensáveis os cuidados relativos à saúde para o bom envelhecer.

O cuidado na sua carência, representada pela mesma, é reconhecida pela necessidade de mudança nas atitudes e comportamentos que devem ser tomados em relação à saúde. Isto vem a ressaltar uma das categorias de Pender (SAKRAIDA, 2006), na compreensão do indivíduo quanto à mudança do comportamento anterior, para a busca de uma conduta promotora de saúde.

Esta co-pesquisadora considerou importante e válido, expor e avaliar aquilo que sentia relativamente à saúde, ou seja, suas percepções e a forma como se comportava diante de uma autoimagem construída por ela mesma em um papel; pois, ao expressar “ouvir os sinais e me cuidar”, mesmo sendo uma atitude positiva em relação à saúde, a mesma referiu não garantir o comportamento que reflita como tal. Gregório (2002) expressa que a aquisição de atitudes são vistos pelos resultados da própria experiência com o fenômeno e das experiências de uma outra pessoa com a mesma situação; esta última também é considerada por Pender (SAKRAIDA, 2006), como modelação, que tanto pode facilitar ou impedir uma conduta de saúde.

Portanto, mudar é uma atitude de coragem e requer do ser humano a aceitação de si mesmo. E admitir o que se faz no cotidiano, de forma positiva e/ou negativa, pode ser o início de mudança, pois, conforme enfatiza a co-pesquisadora, há o reconhecimento de que se faz necessário mudar algumas atitudes para se chegar ao bem-estar em sua plenitude. Todavia, o papel da enfermagem é colaborar quando existe um espaço de abertura para informação, orientação, apresentação de alternativas, considerado essencial para que os idosos ampliem recursos e tenham mais controle no seu autocuidado.

Ao se analisar somente a produção artística desse membro do GP, é marcante os detalhes de sua autoimagem, reveladora de autoestima e bem-estar. Todavia, comparando sua produção com o relato apresentado, eles se contrapõem com a falta de cuidado com o corpo expressa no relato e a valorização do cuidado na produção que o representa.

Temas relacionados: Autoestima; Autoimagem; Reconhecimento do descuido com o corpo; Reconhecimento de mudança de atitude para o autocuidado.

Cuidar para o enfrentamento de problemas relacionados ao envelhecimento

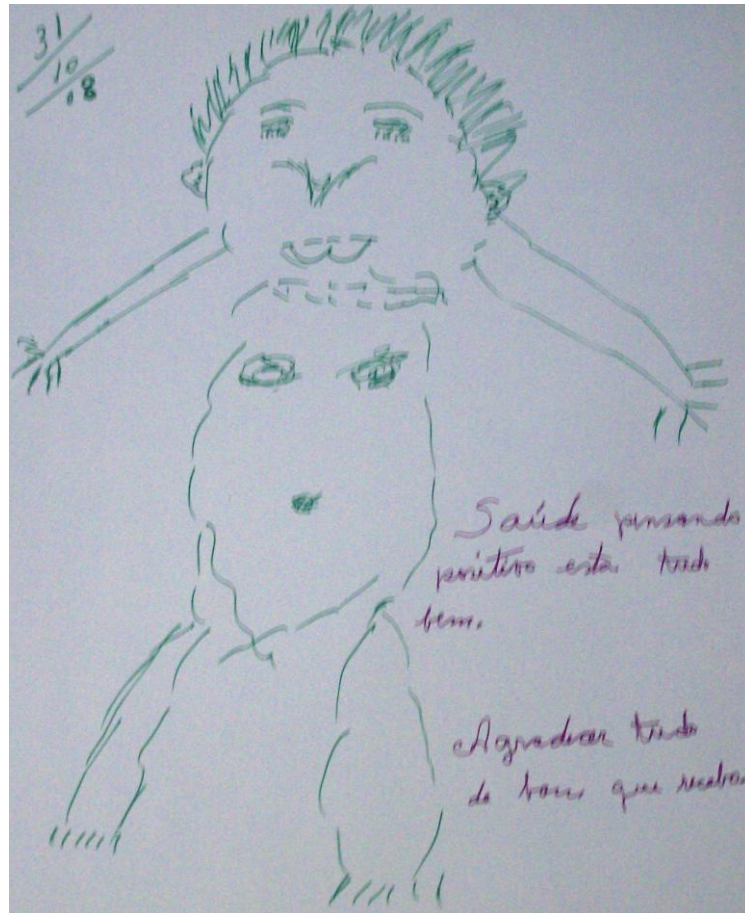


Figura 9 – Produção E: Cuidar para o enfrentamento de problemas relacionados ao envelhecimento.

Nota: Elaborado pelo grupo e compilado pela autora, UERJ, 2008.

Saúde pensando positivo está tudo bem. A gente é totalmente diferente dessa beleza aqui. Não gostei muito de desenhar o meu corpo não, ainda mais o corpo. O que me preocupa é ter saúde, fazer as coisas em condições. O cuidado com o corpo é o banho, a limpeza total, limpar bem as unhas, tudo bem limpo porque é pra ficar apresentável, a mim primeiro e às pessoas que olharem para mim. E o restante está tudo bom. Aqui dentro [UnATI] pra mim, foi muito bom vir pra cá. Tudo que aparece e que eu posso fazer, eu entro. O que chama mais minha atenção é a minha memória, é que me preocupa muito, porque o restante que vai me aparecendo, vai consertando, vai chegando a um acordo, agora a memória... esperar o tempo que ela resolver lembrar das coisas. Essa perna aqui está diferente da outra, porque tenho tido problemas com ela. Essa aqui ficou muito inchada. Quando eu quebrei foi engessada e deu muito trabalho à minha filha, ela que atura... aí veio naturalmente e você vê que é a própria esquerda. Na hora veio... aí coloquei no desenho. Essa questão da perna foi uma coisa que preocupou muito a minha filha e a mim também. Tive que ficar dentro de casa e ficar de repouso, eu fico numa boa, minha filha diz que ficar em casa pra você é uma tristeza, né? Eu digo não, eu sei que depois eu vou pra rua.

A co-pesquisadora da produção E expõe sua falta de habilidade para com a técnica de desenho, sendo dificultada ainda mais por se tratar do seu corpo, pois a mesma revela que não era o que gostaria de ter feito. Embora diferentemente das outras produções já apresentadas, o desenho chama a atenção pelo corpo nu e por refletir em sua fisionomia medo. Este medo pode estar ligado à preocupação em perder a memória, assim relatado, e por sua vez depender das pessoas, sofrer o abandono e não poder se cuidar.

Verifica-se que muitos idosos se queixam de dificuldades de memória e que algum declínio da função cognitiva pode ser observado no processo de envelhecimento normal, fato que preocupa o idoso e a família, pois geralmente é associado à ideia de dependência e perda da autonomia.

Uma série de preocupações advém com a “falha da memória”. Entre eles, o medo de não ser apto a compreender o que é dito, de não se lembrar de coisas importantes, de não poder se comunicar com outras pessoas, de não ser capaz de se cuidar e, em última instância, de se tornar “demente” (PINTO, 1999).

Outra preocupação destacada pela co-pesquisadora E, referente ao corpo, está centralizada no membro inferior esquerdo, como uma experiência física e emocional vivida, pois além de interferir na sua independência, foi algo que lhe proporcionou “dar trabalho a alguém”, que nesse caso foi a sua filha.

A dependência é um problema para a maioria dos indivíduos idosos, pois muitas vezes se configura perda de espaço, de valores e de autodeterminação, levando à incosequência de não poderem administrar suas próprias vidas. Assim, não se pode negar que a incapacidade para a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária exige redimensionamento das atividades de outras pessoas, que geralmente são familiares, os quais têm que se reestruturar para colaborar na realização dessas tarefas.

Esse dado é objeto de análise de Monteko e Greeberg apud Sanchez (2000, p. 5), cujo trabalho com idosos levou à conclusão, no que tange à dependência física, de que o maior receio dos idosos é a possibilidade de a dependência vir a transformá-los em carga para a família. Estes fatos acarretam implicações diretas na vida da família do idoso, com necessidade de reorganização muitas vezes estruturais e profundas para todos os seus membros.

A co-pesquisadora destaca a higiene do corpo como necessidade de sobrevivência/biofísica considerada por Watson (TALENTO, 2000) para o cuidado

de si que é uma forma de valorizar sua imagem social e seu bem-estar. Esta também é revelada na sua capacidade para as AVDs.

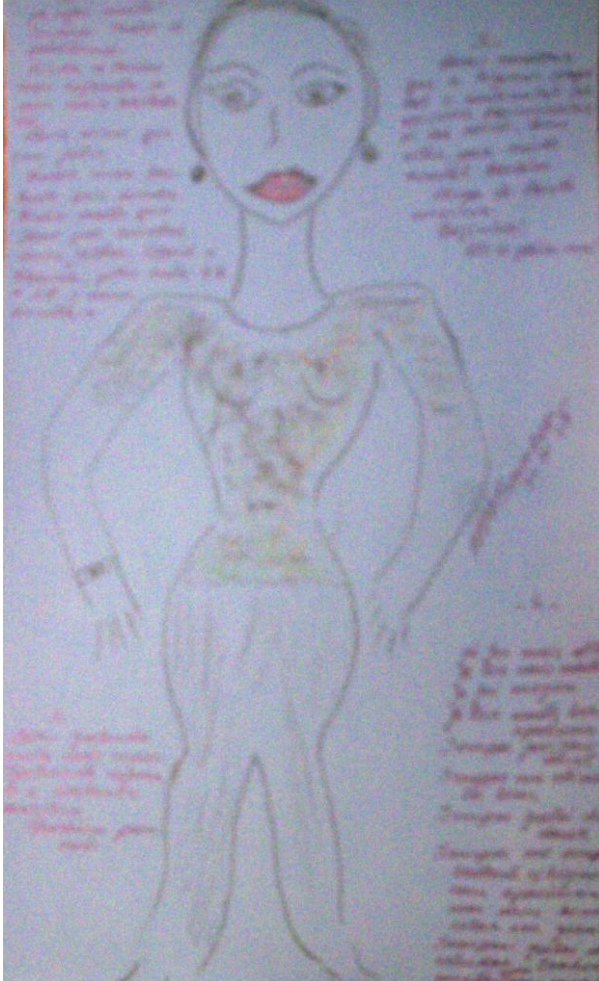
Pender (SAKRAIDA, 2006) afirma que as influências situacionais tanto podem facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde. Assim, o co-pesquisador reforça o seu apoio situando-se na UnATI, um ambiente acolhedor, fortalecedor para a sua autoestima e da busca de ocupar o tempo com atividades a partir de suas possibilidades.

Verdadeiramente as UnATIs são espaços onde o idoso tem a oportunidade de interagir com outros idosos e desenvolver aspectos físicos, cognitivos, sociais, emocionais e espirituais para um envelhecer mais saudável. Por isso, o trabalho é feito “com o idoso” acreditando-se no auxílio para a ressignificação de sua velhice (GOLDMAN, 2006; SOUZA, 2001; LOURES et al., 2007).

Para muitos idosos o envelhecer pode se tornar um fardo pesado. No entanto, é visto que muitos idosos procuram e utilizam estratégias para que esta fase da vida possa ser vivida de uma forma mais equilibrada e harmoniosa. Para a co-pesquisadora, tal situação não é diferente, a mesma utiliza como estratégia para se autocuidar mantendo pensamento positivo para a saúde. Esta pode ser considerada como uma representação mental positiva para a adoção de uma conduta de saúde, preconizado por Pender (SAKRAIDA, 2006). Na dimensão imaginativa desta co-pesquisadora concluiu-se que ser idoso é adotar decisões positivas para reagir às adversidades que o envelhecimento possa provocar utilizando seu potencial humano.

Temas relacionados: Reconhecimento das necessidades do corpo; Preocupação com problemas relacionados ao envelhecimento; Atendimento para o Autocuidado.

Cuidar e o reflexo do “espelho”



Já fui mais alta, já tive mais cabelo, já fui magra, já tive muito boa aparência. Sempre fui saudável, sempre me alimentei bem, sempre me ocupei bastante com higiene, com aparência, com um bem-estar em geral. Sempre gostei de estudar, conhecimentos novos sempre me atraíram. Já sofri muito! Superei todos os problemas. Ainda os tenho, mas enfrento-os com mais habilidade. Posso dizer que sou feliz. Quero viver bastante, pois ainda tenho muito que fazer por minhas duas filhas, pelos netos e uma bisneta. Estou gostando muito deste curso, totalmente diferente e bastante produtivo. Quero ressaltar que a higiene corporal e ambiental são recursos primordiais para boa saúde, bem-estar, para saúde mental também.

31/10/2008
Co-pesquisadora F

Figura 10 – Produção F: Cuidar e o reflexo do “espelho”.

Nota: Elaborado pelo grupo e compilado pela autora, UERJ, 2008.

Na produção artística F, a autoimagem e a autoestima são fortes traços no cuidado com o corpo, destacando-se principalmente no vestuário e nos acessórios, embora o relato do co-pesquisador ainda faça referência à sua imagem jovial do passado em detrimento da presente. Essa pessoa também atribuiu atenção às formas do corpo lembrando a feminilidade, que é tão pouco valorizada na terceira idade.

A imagem corporal é fortemente associada às mudanças impostas pelo envelhecimento, que por sua vez pode até afetar o senso da identidade. Na terceira idade, as pessoas lidam com numerosas situações que ameaçam sua autoestima. Acredita-se que, para esse membro do GP, o prazer no cuidado com a aparência

provém do fato de cada um ter consciência do seu real valor, da sua beleza e das suas capacidades.

Todavia, para compreender essa produção, busca-se entender as atitudes tomadas frente à saúde, e dentre elas a importância de que o autocuidado se inicia desde a infância e a adolescência, com a família sempre incentivando a conhecer o próprio corpo. A adoção de condutas promotoras de saúde, segundo Pender (SAKRAIDA, 2006), está relacionada à conduta prévia relacionada, que, assumindo efeitos diretos e/ou indiretos, constitui uma probabilidade para o alcance de resultados.

É marcante para a co-pesquisadora a autorrealização, que para Watson (TALENTO, 2000) representa a necessidade de busca de crescimento. Em seu relato, ela o considera satisfatório, pois este estaria ligado à maturidade para o enfrentamento das dificuldades, à vontade de viver, de ser importante para as pessoas, ou seja, comprometida para com as filhas, netos e bisnetos. As afirmações teóricas de Pender referem que a família é uma fonte importante de influência interpessoal, podendo aumentar e/ou diminuir o compromisso para adotar uma conduta promotora de saúde. Mayeroff (1971) também refere que o cuidar de si estaria relacionado à necessidade de cuidar de algo ou de alguém fora de si. Desse modo, o ser humano só se satisfaz na medida em que serve a alguém ou a algo.

Os sentimentos de utilidade e de identificação com os anseios e valores do ambiente familiar e/ou social, de realização intrapessoal e interpessoal favorecem a vivência de harmonia e bem-estar que possibilita ao indivíduo idoso um reforço em seu sentido existencial, ajudando-o a perceber seu futuro como uma história em construção.

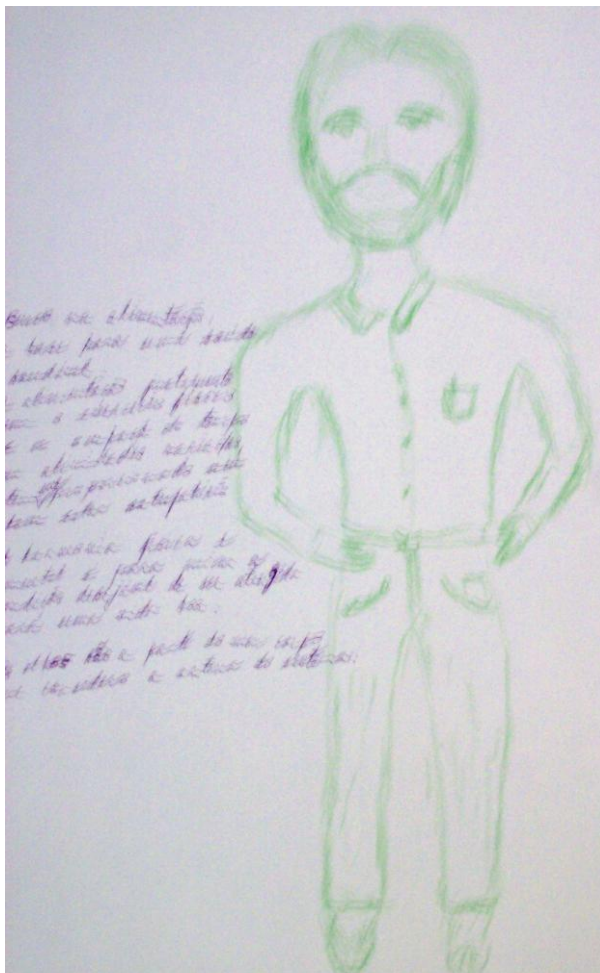
Assim como os demais co-pesquisadores, valoriza-se a busca de conhecimentos novos para um melhor cuidar do corpo/saúde. A busca por conhecimento tem constituído um elemento de alto significado para as pessoas idosas, sendo um papel transformador não só para eles, mas para as sociedades. Assim como as diferentes idades têm necessidades de diferentes tipos de conhecimentos, “a velhice, portanto, é mais que uma etapa da vida, é uma etapa de desenvolvimento de uma obra inacabada, de um percurso aberto para o futuro, que nenhum de nós sabe quando será finalizada” (LOURES et al., 2007, p. 211). E continuar crescendo pode e deve ser traduzido como continuar aprendendo. É certo que a capacidade de aprender na idade mais avançada não é a mesma que na

juventude (GUERREIRO; RODRIGUES, 1999), mas é de se aceitar a ideia de que os idosos continuam aprendendo de outra forma, com outro ritmo, com outros interesses.

Ressalte-se que nessa produção também são percebidos os benefícios da higiene ambiental, pois esta supera o cuidar físico, atingindo o cuidar do outro e do planeta.

Temas relacionados: Busca de conhecimentos em saúde; Autoimagem; Autoestima; Atendimento para o Autocuidado; Autocuidado relacionado a cuidar de algo/alguém; Higiene ambiental.

Autocuidado: a capacidade de “olhar para dentro de si”



Busco na alimentação a base para uma saúde saudável. A alimentação juntamente com o exercício físico e a ocupação do tempo em atividades variadas têm me proporcionado um bem-estar satisfatório. A harmonia física e a mental são para mim a condição desejável de ser atingida para uma vida boa. Os olhos são a parte do meu corpo que considero a antena do sistema.

31/10/2008
Co-pesquisador G

Figura 11 – Produção G: Autocuidado: a capacidade de “olhar para dentro de si”.
Nota: Elaborado pelo grupo e compilado pela autora, UERJ, 2008.

Analisando em conjunto o relato e a produção do co-pesquisador G, observa-se que ele ressalta o sucesso no cuidar de si que se deve pelo compromisso de atuar. Destaca que as condutas promotoras de saúde através da alimentação, da atividade física e da ocupação do tempo em atividades variadas enfatizam a condição desejável para a harmonia do corpo.

É importante realçar que é através da ação, que o indivíduo, seja qual for sua idade, explora e domina a si próprio e o mundo que o cerca, determinando inclusive o que conseguir, objetivando e assimilando valores. Esse fato caracteriza os meios pelos quais, as pessoas preenchem seu tempo, criando circunstâncias de sua existência diária. É uma necessidade contínua, pois é constante, é dinâmica, é evolutiva. Dependendo da filosofia de vida, dos valores individuais e sociais, para alguns o envelhecimento pode ser um período vazio, sem valor, inútil, sem sentido (FERRARI, 2006).

Asseveram Berlizi e Rosa (2002) que o estilo de vida ativo é fundamental na promoção da saúde. Desse modo, o comportamento assumido pelo co-pesquisador G referente à realização de atividade física torna-se um fator decisivo na conquista do envelhecimento saudável.

É interessante o realce que o autor da produção G obtém em sua fala sobre “*os olhos como a antena do sistema*”, pois ele expôs ao grupo que os olhos sendo um sentido para visualização de imagens podem conduzir aos desejos de uma cadeia para perdição ou uma cadeia para as boas práticas de saúde. Nesse caso, recorda-se o apelo da mídia circulando nas empresas televisivas e nos *shoppings*, referências consideradas de alto nível para alimentação, vestuário, automóveis, eletrodomésticos, eletrônicos e outros objetos do desejo para o consumo, às vezes, insaciáveis.

Todavia, seguir o caminho das boas práticas em saúde para o bem do corpo exige uma outra capacidade: o de “olhar para dentro de si”. Não é uma tarefa fácil, tampouco corriqueira, embora seja uma condição favorável para aqueles que almejam sucesso no cuidado. Segundo os pressupostos de Pender (SAKRAIDA, 2006), as pessoas têm a capacidade de possuir uma autoconsciência reflexiva, incluindo a valorização de suas próprias competências.

A competência percebida para executar certa conduta de saúde aumenta a probabilidade de um compromisso de ação e atuação real, fortemente representadas

na produção artística, de resultados positivos com valorização da autoimagem, da aceitação de si e da autoestima.

Temas relacionados: Autoimagem; Autoestima; Atendimento para o Autocuidado; Harmonia do corpo.

Corpo revelando: momentos de espaço vazio/descuidado



Sem comentários. Em primeiro lugar não é meu corpo... Eu nunca desenhei o meu corpo, nem vou desenhar. Eu acho que eu não tenho nenhuma parte que me preocupa. Hoje eu não janto, à noite faço um lanche e frutas também, de manhã é saudável... Carne, linguiça, carne seca, isso eu nem como, então é uma alimentação assim, mas dá pra me sustentar. Eu deixei de caminhar, eu fazia ginástica desde nova e isso faz falta, entendeu? Eu sei que eu estou errada, mas o quê que eu vou fazer. O que eu estou fazendo está errado, e não consigo mudar, eu tenho que mudar, mas não posso. Meu medo é que a cabeça comece a ter aquelas coisas de memória, lembrar das coisas, perder a noção de poder fazer e precisar de uma pessoa ao lado, "eu não quero", eu quero ser independente.

31/10/2008
Co-pesquisadora H

Figura 12 – Produção H: Corpo revelando: momentos de espaço vazio/descuidado.

Nota: Elaborado pelo grupo e compilado pela autora, UERJ, 2008.

A princípio, essa foi uma co-pesquisadora que relutou em desenhar seu corpo, assim como não admitia reconhecê-lo. Apesar de não muito disposta a falar sobre si e seus cuidados, relatou sua dificuldade para com a técnica, pois nunca

houvera desenhado o próprio corpo. A imagem corporal é o retrato que cada um faz de si. As ameaças como doenças, limitações e até o envelhecimento podem interferir de maneira abrupta no seu autoconceito.

Apesar de a facilitadora da pesquisa insistir para que continuasse com a produção, ela referiu sentir-se incomodada para continuar. Poder-se-ia pensar da acomodação, pelo fato de não estar disposta a encarar a realidade. Isso porque como co-pesquisadora não foi uma razão para não sentir o cuidar, conforme se observa na sua produção artística: a face reflete uma fisionomia aborrecida, ou insatisfeita com algo não sucedido, e isto pode ser nas dimensões física, mental, espiritual.

Outro detalhe é que a autora representa seu corpo como território mínimo, a falta de membros superiores e inferiores. O corpo sem membros pode estar representando o medo da dependência e autonomia. Algo retratado na sua própria fala: *“meu medo em perder a noção de poder fazer e precisar de uma pessoa ao lado”*. Vê-se, portanto, nessa produção, uma tendência de a pessoa idosa se considerar inútil para qualquer movimento na vida ao se visualizar acreditando-se desprotegida, ou seja, sem braços e mãos para fazer algo, sem pernas e pés para caminhar na longa estrada da vida.

Segundo Queiroz (1999, p. 53), “desacreditado de si próprio, sozinho e cultivando um complexo de inutilidade, é difícil acreditar que alguém possa ficar em sintonia com qualquer coisa que seja”.

Essa co-pesquisadora reconhece algumas de suas dificuldades e práticas desfavoráveis ao cuidado de sua saúde, embora não enxergue ou encontre possibilidades de fazer mudanças. É o que Pender (SAKRAIDA, 2006) teoriza como barreiras de ação percebidas pelo indivíduo; quanto maior a barreira menor a autoeficácia percebida pelo indivíduo a adoção de uma conduta promotora de saúde. Conforme a dinâmica proposta, ela revela momentos que remetem seu corpo a um espaço vazio, talvez de descuido, pois somente foram comentadas por ela condutas de saúde, referindo-se à alimentação e ao exercício físico.

Uma concepção de filosofia e teoria do cuidado humano focalizada na experiência humana é a de Watson (TALENTO, 2000) que considera o ideal moral como o elemento chave da enfermagem para as tentativas transpessoais intersubjetivas na condição de ajudar a pessoa a encontrar significado na doença, sofrimento, dor, existência e neste caso particularmente, as condições de realização

para o seu autocuidado; E assim, ajudar o outro a aumentar o autoconhecimento, o autocontrole e a autoreconstituição/recomposição.

A enfermeira pode, daí oferecer apoio situacional, ajudar a pessoa a desenvolver uma percepção mais exata ou proporcionar a informação cognitiva que pode reforçar os mecanismos de enfrentamento do cliente. Ou ajudar a pessoa a encontrar sentido nos acontecimentos difíceis da vida. O cuidado humano e a presença das enfermeiras na relação transcendem o mundo físico e material e fazem contato com o mundo emocional e subjetivo da pessoa, como o caminho para o *self* interior e para uma sensação mais elevada do *self*. As enfermeiras precisam auxiliar as pessoas para uma compreensão de alternativas tais como a meditação ou o poder de cura da crença no *self* ou no espiritual (TALENTO, 2000).

Temas relacionados: Preocupação com problemas relacionados ao envelhecimento; Atendimento para o Autocuidado; Reconhecimento do descuido com o corpo; Dificuldade em reconhecer seu próprio corpo/não aceitação de si.

Autocuidado na visão dos direitos à saúde



Como me cuido? [...]nunca faço ginástica, o único cuidado que eu tenho com meu corpo é cuidar da alimentação, não abuso da minha alimentação, a minha alimentação é na base de frutas. O médico já mandou eu ter controle sobre a banana, eu estou comendo demais até em pensamento,... me dá uma fome assim o que vem na minha cabeça uma aveia com banana, o médico já me recomendou quatro bananas, eu nunca como as quatro, sempre a mais. Eu procuro a rede pública, muitas vezes eu não consigo, tenho muita dificuldade de acompanhar minha saúde, agora mesmo, eu estou há seis meses com uma dor na perna até hoje eu não consegui marcar o médico, eu tenho necessidade disso, entendeu? Então há uma dificuldade e o que eu posso fazer pra mim mesma eu faço. Em termos de saúde, eu tenho muita necessidade, aí na rede pública você já sabe... e se neste meio tempo eu tiver uma necessidade, bato as botas que não vai ter tempo, entendeu?

31/10/2008
Co-pesquisadora I

Figura 13 – Produção I: Autocuidado na visão dos direitos à saúde.

Nota: Elaborado pelo grupo e compilado pela autora, UERJ, 2008.

Sabe-se que é indispensável a obtenção de cuidados em relação aos problemas de saúde, principalmente nessa etapa da vida. Essa co-pesquisadora destaca que uma das grandes dificuldades de se cuidar deve-se em parte ao descaso no acesso à rede de saúde pública. Muitos indivíduos idosos ficam negligenciados pela falta de recursos econômicos ou de assistência médica e social. Lamentavelmente, o acesso aos benefícios da medicina moderna ainda não se estende a toda a população numa mesma sociedade (FREIRE; RESENDE, 2001). É obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (BRASIL, 2003).

O autocuidado com o corpo exige do indivíduo a observação de si próprio, para a tomada de consciência daquilo que lhe faz mal no seu hábito de agir e de pensar. Assim, quando essa autora destaca uma má conduta de saúde adotada na sua alimentação, ela própria também reconhece algumas falhas referindo-se aos seus excessos.

Seu relato deixa claro também que os cuidados com o corpo são realizados na medida do que pode ser feito. Assim, Pender (SAKRAIDA, 2006), em uma das suas principais suposições do modelo de promoção de saúde, afirma que as pessoas buscam criar condições de vida mediante as quais podem expressar seu próprio potencial de saúde.

Temas relacionados: Atendimento para o Autocuidado; Reconhecimento do descuido com o corpo; Busca de alternativas / soluções; Ter acesso à rede pública.

Elaborou-se o Quadro 2 que relaciona os temas apresentados nas produções dos membros do GP, observando-se a existência de (16) temas, com predominância de sete produções sobre o tema no Atendimento para o Autocuidado e seis com os temas referentes à autoestima e à autoimagem, fazendo-se perceber que a imagem do corpo é a totalidade como seres humanos, é a transcendência do olhar interno e externo para si e o reconhecimento de que é fruto das próprias atitudes e comportamentos adotados, questões já discutidas durante as respectivas produções.

Cód.	TEMAS	A	B	C	D	E	F	G	H	I	TOTAL
01	Controle de doenças crônicas	X	X								2
02	Ter conhecimentos em saúde	X									1
03	Reconhecimento das necessidades do corpo	X	X			X					3
04	Autoestima	X	X	X	X		X	X			6
05	Autoimagem	X	X	X	X		X	X			6
06	Busca de soluções/alternativas	X	X							X	3
07	Busca de conhecimentos em saúde		X	X			X				3
08	Atendimento para o Autocuidado		X	X		X	X	X	X	X	7
09	Reconhecimento do descuido com o corpo				X				X	X	3
10	Reconhecimento de mudança de atitude sobre o autocuidado				X						1
11	Preocupação com problemas relacionados ao envelhecimento					X			X		2
12	Autocuidado relacionado a cuidar de algo/alguém						X				1
13	Higiene ambiental						X				1
14	Harmonia do corpo							X			1
15	Dificuldade em reconhecer seu próprio corpo/não aceitação de si								X		1
16	Ter acesso à rede pública									X	1
Subtotal		06	07	04	04	03	06	04	04	04	42

Quadro 2 - Apuração dos temas representativos da estrutura de pensamento grupal dos co-pesquisadores, na dinâmica corpo como território mínimo.

3.3 Produção e análise da dinâmica “vivência de lugares geomíticos”: estudos sociopoéticos

A apresentação dos resultados referentes à técnica supracitada destaca-se pelas seguintes fases: a) Organização dos dados produzidos; b) Delimitação da estrutura do pensamento individual e grupal dos co-pesquisadores, a partir da análise por categorização sociopoética, que correlaciona as categorias teóricas e empíricas dessa produção sobre o imaginário do grupo no autocuidado para o envelhecer saudável; c) Delimitação das categorias temáticas utilizando para sua composição e predominância das unidades de registro (estruturas do pensamento individual que formam o pensamento do GP); e d) a descrição dos conhecimentos produzidos que compõem as categorias temáticas delimitadas.

Para analisar os dados produzidos pelo GP, foi elaborado um quadro demonstrativo (Quadros 3 e 4) em que as categorias teóricas (representadas pelos lugares geomíticos) foram dispostas na horizontal. São consideradas categorias empíricas as respostas dos sujeitos sobre o tema orientador da pesquisa, encontradas nesses lugares, que no quadro citado foram descritas na vertical.

Para Santos e Gauthier (1998), a análise das respostas parte do princípio de que, sendo elas representativas do discurso do grupo, podem então ser consideradas sua ação, seu pensamento em relação à questão norteadora. Contudo, o pesquisador deve encontrar, inicialmente, a estrutura individual desse pensamento e em seguida a grupal.

Ressalta-se que na experimentação/interpretação dos dados, a análise do pesquisador considera a estrutura dos lugares geomíticos (ver formulário utilizado na p. 76) apresentada ao grupo correlacionada à questão orientadora da pesquisa, conforme se exemplifica: “Como é o autocuidado para o envelhecer saudável se ele fosse uma ponte”?. As respostas do grupo foram: “novo caminho; enfrentar dificuldades; procurar uma vida melhor; e chegar a um bom lugar”. Com essas respostas foram delimitados temas como: aceitação do novo; perseverança; procurar assistência; e alcançar o propósito de vida.

COD	PONTE	ESTRADA	FALHA	LABIRINTO	CUME	POÇO	LIMIAR	TRILHO
A	Do passado emocional para chegar à saúde do corpo físico, mental e emocional. <i>Viver e Experienciar</i>	Do estresse para a tranquilidade, equilíbrio mental e emocional. <i>Bem-estar / Harmonia do corpo</i>	Que nos leva a ser nós mesmos, que nos permite viver a nossa individualidade de seres únicos, ao invés de seguirmos imitando o estabelecido pelo grupo social. <i>Singularidade</i>	Pois existem várias linhas de terapias para o físico e o mental. <i>Racionalidades para o Cuidar</i>	Das minhas necessidades de tratar não só o meu corpo físico, como também o meu corpo mental, o meu corpo emocional e o meu espírito. <i>Reconhecimento das necessidades de Saúde</i>	Para absorver novos conhecimentos a respeito da nutrição saudável. <i>Reconhecimento das necessidades de Saúde</i>	Em relação ao meu esforço físico ao praticar ginástica, yoga, tai-chi, dança de salão e aos limites do meu corpo pesado. <i>Reconhecimento dos limites</i>	Pois o meu grande problema em relação à saúde está na falta de controle da minha gula. <i>Impulso / Falta de controle (ceder ao descuido)</i>
B	Para um novo caminho. <i>Aceitação do Novo</i>	Caminhar para o além. <i>Transcendência</i>	Ausência de comunicação. <i>Não ter acesso à informação</i>	Querer resolver problemas de terceiros. <i>Reconhecimento dos limites</i>	Liberdade. <i>Fazer escolhas</i>	Sem resolver os problemas e cair por terra abaixo. <i>Cuidados não bem sucedidos</i>	Uma nova vida. <i>Aceitação do Novo</i>	Novos caminhos. <i>Aceitação do Novo</i>
C	Para eu enfrentar as dificuldades, com lutas para alcançar os meus objetivos. <i>Perseverança</i>	Para que lugar, a eternidade ou alcançar um lugar ao sol. <i>Alcance de propósito de vida</i>	Não pensar que vão ruir seus pensamentos, nós devemos seguir em paralelo, não pensar em fracasso. <i>Perseverança</i>	Se não organizar um trajeto perfeito. <i>Dificuldades de se cuidar</i>	Subindo o cume, para sentir as maravilhas das paisagens. <i>Bem-estar / Harmonia do corpo</i>	Se o nosso pensamento não foi de belas coisas, maus presságios. <i>Importância do Pensamento Positivo</i>	Ver ao longe seus objetivos, com esperança de encontrar a minha felicidade. <i>Perseverança</i>	Se não tiver equilíbrio nas ações, escolher o caminho certo. <i>Fazer escolhas</i>

Quadro 3 - Organização das categorias teóricas e empíricas da produção de dados sobre o autocuidado na análise sociopoética. (continua)

Legenda: **negrito** = categorias teóricas; normal = categorias empíricas; *italico* = tema / estrutura do pensamento individual.

D	A nossa fé em Deus é a ajuda que necessitamos para vencer qualquer dificuldade que é sempre temporária. <i>Espiritualidade</i>	A estrada é sempre um caminhar para estâncias superiores. <i>Transcendência</i>	A falha é não termos os conhecimentos e discernimento para fazermos a melhor escolha. <i>Não ter acesso à informação</i>	Todo o cuidado é pouco para não nos perdermos, é importante o discernimento para fazermos a melhor escolha. <i>Cautela na escolha dos cuidados</i>	É a completa noção de liberdade onde podemos visualizar melhor todas as situações de nossa vida. <i>Fazer escolhas</i>	Devemos procurar selecionar nossos pensamentos para não entrarmos numa faixa vibratória desfavorável. <i>Importância do Pensamento Positivo</i>	Devemos buscar o equilíbrio em todas as nossas atitudes para cultivar a nossa tranquilidade. <i>Bem-estar / Harmonia do corpo</i>	Somos constantemente bombardeados por estímulos que são convites aos escorregões, mas cabe a cada um de nós segurar firme no volante e não nos deixarmos. <i>Firmeza de Propósito</i>
E	Quanto mais caminhar para chegar ao fim. <i>Alcance de propósito de vida</i>	Caminhar para achar o que precisa. <i>Procurar assistência</i>	Quando falho, quero acertar. <i>Recomeçar</i>	Não sabendo se cuidar. <i>Dificuldades de se cuidar</i>	Gostaria de ficar no ponto mais alto. <i>Desejos</i>	Procurar pensar bem para não cair no fundo. <i>Reconhecimento dos Males à Saúde</i>	Gostaria de viajar de barco até o infinito. <i>Desejos</i>	Se souber andar não vai escorregar. <i>Firmeza de Propósito</i>
F	A ponte é longa e já está escurecendo, sozinha dá um pouco de medo. <i>Receio da Morte</i>	Agora sim, o caminho é claro e me parece que chegará alguém. Estrada alegre e fácil. <i>Aceitação do Novo</i>	A mão direita trabalha bem, a esquerda parece deformada. <i>Reconhecimento dos limites</i>	Esse labirinto atrapalha a minha visão! <i>Dificuldades de se cuidar</i>	Prefiro ver um pouco de cada vez. Só aprecio as "alturas" de avião. Me realizo com isso! <i>Cautela na escolha dos cuidados</i>	Não deixo meu pensamento cair no poço. <i>Firmeza de Propósito</i>	Eu sei muito bem onde ficar, garanto que não seria em um barco dentro de tanta água! <i>Reconhecimento dos limites</i>	Seria preferir escorregar num bonde elétrico do que naquele puxado por cavalos. <i>Fazer escolhas</i>
G	Porque eu tenho a direção da vida dada por Jesus Cristo e chegarei a um bom lugar. <i>Espiritualidade</i>	Fugir pra quê? Estrada para caminhar leva ao horizonte. <i>Alcance de propósito de vida</i>	Não ter muita paciência ou nenhuma com as faltas de ética. <i>Desrespeito</i>	Mas pode tentar de novo e encontrar a saída. <i>Recomeçar</i>	Fico encantado com o que vejo... tão lindo! E aí acho que valeu o esforço de caminhar e/ou escalar até lá. <i>Alcance de propósito de vida</i>	Pensamento na... pode voltar do poço... ou... se eu quiser deixá-lo lá porque não vale a pena trazê-lo de volta. <i>Viver e Experienciar</i>	Limites... sim. Tenho, mas às vezes a gente não faz tudo que pode. <i>Reconhecimento dos limites</i>	Trilho... trilhar ir mais rápido. <i>Impulso / Falta de controle (ceder ao descuido)</i>

Quadro 3 - Organização das categorias teóricas e empíricas da produção de dados sobre o autocuidado na análise sociopoética. (continuação)

Legenda: **negrito** = categorias teóricas; normal = categorias empíricas; *italico* = tema / estrutura do pensamento individual..

H	Já tive dificuldades, hoje estou quase feliz. <i>Viver e Experienciar</i>	A estrada da minha vida é muito linda. <i>Bem-estar / Harmonia do corpo</i>	Só Deus sabe as nossas falhas. <i>Dificuldades de se cuidar</i>	Me perdi. <i>Dificuldades de se cuidar</i>	Cume é a natureza que está mais perto de Deus. <i>Bem-estar / Harmonia do corpo</i>	Tudo que é ruim, jogar no poço, para que acabe e não volte nunca mais. <i>Reconhecimento dos Males à Saúde</i>	Meu limite, eu consigo alcançar. <i>Possibilidades</i>	Se eu for com cuidado para não escorregar. <i>Cautela na escolha dos cuidados</i>
I	Procurar uma vida melhor do outro lado da ponte. <i>Procurar assistência</i>	Como sou apaixonado por verde, a estrada é sempre um prazer. <i>Aceitação do Novo</i>	A maior falha de minha vida é desorganização em termos de casa. <i>Dificuldades de se cuidar</i>	Abusar da saúde na minha idade, eu posso me perder na minha saúde como beber, fumar. <i>Reconhecimento dos Males à Saúde</i>	Onde me sinto bem, pois me vejo mais perto de Deus. <i>Bem-estar / Harmonia do corpo</i>	Lugar onde nunca pretendo cair. <i>Firmeza de Propósito</i>	Mas sempre desejo ir adiante, apesar dos meus 72 anos. <i>Possibilidades</i>	De vez em quando é bom escorregar nos trilhos. <i>Impulso / Falta de controle (ceder ao descuido)</i>
J	A ponte pode ser longa, para vencermos todas as dificuldades é preciso ter fé e força de vontade. <i>Perseverança</i>	A estrada para mim é uma continuação de vencer, para aqueles que esperam o caminho certo. <i>Perseverança</i>	Falhamos quando pensamos que tudo já está pronto, para vencermos temos que ser persistentes. <i>Perseverança</i>	Labirinto às vezes é um caminho sem fim, mas a persistirmos achar o caminho certo. <i>Perseverança</i>	O cume é o lugar a que eu quero chegar com a minha saúde, especialmente a minha saúde mental. <i>Reconhecimento das necessidades de Saúde</i>	Para isto é preciso ter o raciocínio do perigo, podemos assim evitar a cair. <i>Reconhecimento dos Males à Saúde</i>	Com paz, saúde, tranquilidade e equilíbrio. <i>Bem-estar / Harmonia do corpo</i>	Antes do escorrego precisamos ter equilíbrio com a saúde. <i>Reconhecimento dos Males à Saúde</i>
L	Relacionamento com as pessoas, tratando todas de forma igualitária. <i>Respeito ao Próximo</i>	Procurar a paz mesmo sem saber de que forma. <i>Transcendência</i>	Esperar muito mais do que as pessoas podem oferecer. <i>Depender do outro</i>	Sabemos onde ele começa, mas não onde termina. <i>Reconhecimento dos limites</i>	De uma situação particular. <i>Singularidade</i>	E ficar depositada até que se aquiete. <i>Conformação com perdas e danos</i>	É sempre a aceitação da sua real posição, sem queixas. <i>Reconhecimento dos limites</i>	Rebelar-se contra certos conceitos sem prejudicar os outros. <i>Libertar de imposições</i>

Quadro 3 - Organização das categorias teóricas e empíricas da produção de dados sobre o autocuidado na análise sociopoética. (conclusão)

Legenda: **negrito** = categorias teóricas; normal = categorias empíricas; *italico* = tema / estrutura do pensamento individual.

Cód.	TEMAS	PONTE	ESTRADA	FALHA	LABIRINTO	CUME	POÇO	LIMIAR	TRILHO	TOTAL
01	Viver e Experienciar	2					1			3
02	Aceitação do Novo	1	2					1	1	5
03	Perseverança	2	1	2	1			1		7
04	Espiritualidade	2								2
05	Alcance de Propósito de vida	1	2			1				4
06	Transcendência		3							3
07	Procurar Assistência	1	1							2
08	Respeito ao Próximo	1								1
09	Bem-estar / Harmonia do Corpo		2			3		2		7
10	Cuidados não bem sucedidos						1			1
11	Reconhecimento dos Limites			1	2			4		7
12	Dificuldades de se Cuidar			2	4					6
13	Recomeçar			1	1					2
14	Desrespeito			1						1
15	Singularidade			1		1				2
16	Cautela na escolha dos Cuidados				1	1			1	3
17	Reconhecimento dos Males à Saúde				1		3		1	5
18	Reconhecimento das Necessidades de Saúde					2	1			3
19	Fazer escolhas					2			2	4
20	Desejos					1		1		2
21	Possibilidades							2		2
22	Impulso / Falta de controle (Ceder ao Descuido)								3	3
23	Libertar das Imposições								1	1
24	Firmeza de Propósito						2		2	4
25	Não Ter Acesso à Informação			2						2
26	Racionalidades para o Cuidar				1					1
27	Conformação com perdas e danos						1			1
28	Depender do Outro			1						1
29	Importância do Pensamento Positivo						2			2
30	Receio da Morte	1								1
	Subtotal	11	11	11	11	11	11	11	11	88

Quadro 4 - Apuração dos temas representativos da estrutura de pensamento grupal dos co-pesquisadores, na dinâmica vivência de lugares geomíticos.

Estudos sociopoéticos

A experimentação e a interpretação da produção dos dados apresentados nos Quadros 3 e 4 foram realizadas mediante estudos característicos do método Sociopoético: o Classificatório, o Transversal e o Surreal.

No estudo Classificatório, Gauthier (2005) afirma que ele ocorre após a caracterização do conteúdo de cada lugar expresso pelas falas dos membros do GP, agrupando-se respostas semelhantes, procurando o que era comum e diferente no conteúdo coletivamente dado a cada lugar. Afirma ainda que esse trabalho é demorado, mas permite dar uma estrutura ao pensamento global do GP, que se chama de “inconsciente”.

O segundo estudo - o Transversal - mostra as continuidades e as ligações, onde há temas marcantes que continuam para o indivíduo mesmo mudando a estrutura de imagem, e isso acontece para mais de um indivíduo, formando uma análise grupal.

O terceiro estudo - o Surreal - analisa a coincidência dos temas delimitados nos lugares geomíticos propondo novas combinações e inversões inesperadas ao grupo.

Com o desenvolvimento destes estudos sociopoéticos, foi possível delimitar temas individuais e categorias analíticas (ideia, concepção central) para descrição dos Confetos, ou seja, um neologismo criado por Gauthier (2005) que assim o define: mistura de afeto e de conceito, que surge geralmente de grupos pesquisadores, no quadro de dispositivos sociopoéticos. Entendemos, portanto, que os confetos caracterizam o conhecimento produzido pela pesquisa sociopoética ao reunir, na interpretação/experimentação de dados, razão, pensamento, sensações, emoções e intuição.

Por conseguinte, os lugares geomíticos propostos para este estudo (ver formulário utilizado na p. 76) se adaptam ao nosso objeto de saber, pois revelam o imaginário de pessoas idosas quanto à sua visão e sentido acerca do autocuidado para o envelhecer saudável, conforme demonstram a seguir os conhecimentos produzidos com o grupo pesquisador.

Estudo sociopoético classificatório

O estudo classificatório referente às dicotomias alternativas na produção de dados, mediante a vivência dos lugares geomíticos, permitiu a delimitação de duas categorias analíticas:

► O autocuidado através dos limites e possibilidades

Cheguei ao limite que eu não posso mais me levantar sozinha. A própria idade, a instabilidade do joelho, um déficit, estou vendo a dificuldade do meu corpo, estou vendo que tenho que me cuidar. [...] reconhecer os limites para ficar, ah coitadinho de mim, que eu não posso, que eu não devo, aí é para ficar para baixo. Porque realmente com certa idade a gente quer fazer alguma coisa que não dá. E às vezes a gente tem o filho que diz: não vai, olha a sua idade, tem que ter equilíbrio. Eu forcei meu pulso, aí o médico disse: - a senhora quebrou o seu pulso. Eu quebrei meu pulso, doutor? Então ele engessou, mas ele disse que não precisava operar, mas eu perguntei: - vou fazer tudo o que eu preciso fazer? (Grupo Pesquisador).

Na presente pesquisa, reunindo as análises e as contra-análises produzidas com o GP, foi possível refletir sobre o porquê da eclosão da dicotomia, *“Reconhecimento dos limites/desejos versus Possibilidades/Alcance de Propósito de vida”*, revelada nos dados obtidos. A primeira alternativa foi imaginada nos lugares geomíticos *labirinto, falha e limiar*, sendo este último mais destacado pelo grupo. Para Gauthier (2005), o limiar considera a relação interior/exterior, lugar do desejo e do desafio, da eficiência para realização, e pode ser também o lugar do pensamento razão-reflexão-ação. Dialeticamente, o tema *“Possibilidades/Alcance de Propósito de vida”* surgiu nos lugares *estrada, ponte, cume e limiar*.

Para os co-pesquisadores, são dois polos que lutam entre si - ora se atraindo, ora se repelindo - entendendo-se que, para construir as ações de autocuidado, é necessário reconhecer os limites, que, permeados aos desejos, seguem em oposição alternativa no construir possibilidades e alcançar propósitos e vice-versa. E isso dá um sentido final de que tudo acontece ao mesmo tempo, fazendo parte do imaginário/confetos do grupo.

O GP expressa que reconhecer limites através do limiar revela uma balança de pesos e medidas, ou seja, considera sua importância de reconhecer limites nesta fase da vida, embora esteja representando um lado obscuro para o cuidado de si.

Assim, reconhecer limites é imaginado como uma sinalização para a busca do autocuidado, ou seja, uma lição que serve para daquele momento em diante passar a agir de modo diferente, isto é, funcionando como elemento regulador do seu comportamento. Esta sinalização para o autocuidado é expressa a partir das dificuldades encontradas, embora a dificuldade física seja a mais reconhecida, pois logo abarca as questões de dependência do idoso. Fato este tão presente, que a mesma seja imaginada também na falha, logo, atribuída ao corpo que envelhece. De acordo com os Cadernos de Atenção Básica/Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa, “a dependência é o maior temor nessa faixa etária” (BRASIL, 2006, p. 10).

Segundo Paschoal (2006, p. 322), “há uma correlação positiva entre velhice saudável e vida independente, notadamente a independência física, pois esta garantiria o próprio bem-estar. Evidentemente que aspectos culturais relativizam a positividade de tal correlação”.

Por outro lado, reconhecer limites pode apresentar pontos negativos para o cuidado de si. Para muitos, a situação pode revelar incapacidades do próprio indivíduo em gerir seus cuidados e/ou desesperança; para outros, pode ser envolta por uma acomodação quanto aos cuidados relacionados à saúde, ou seja, muitos indivíduos fazem deste motivo um meio para não encarar a realidade, porque não há nem razão de sentir o próprio viver/cuidado.

Segundo Cruz (2000) a desesperança é o estado subjetivo no qual o indivíduo vê alternativas e escolhas pessoais limitadas ou inexistentes e percebe-se incapaz de mobilizar energia por si mesmo. Essa resposta é frequentemente associada à vivência de situações de crise que, por sua vez, podem ser decorrentes da percepção de estar doente ou perdendo a saúde. É fundamental o entendimento de que a desesperança é paralisante, isto é, a pessoa desesperançada não consegue mobilizar energia por si mesma a seu favor. A pessoa tende a resignar-se ao inevitável, ao desespero, sentindo que não há em que sustentar qualquer possibilidade de esperança, conduzindo-se ao auto-abandono.

Boff (2000, p. 160) reflete sobre a existência de “pessoas que se entregam à gravidade que puxa para baixo e à comodidade de quem desce uma ladeira. Essas são geralmente soturnas, pois perderam o entusiasmo e a leveza da vida”.

Já o *limiar* imaginado pelas *possibilidade/alcance de propósitos* faz referência às questões das capacidades e habilidades do idoso, ou seja, o indivíduo garante que seu limite consegue alcançar e que “*ali não quer ficar em estado de inércia*”.

Embora seja necessário que a pessoa idosa aceite qual possibilidade ela pode alcançar, todavia o grupo considera que este fato é gerador de conflitos, pois muitas dessas possibilidades não são reconhecidas pelos indivíduos ao seu redor e, também, geralmente, pela sociedade. E para muitos idosos, este fato pode levar a certas imposições e agressividades quanto ao desdobramento de suas reais potencialidades.

Este é o reflexo de uma sociedade que vem a destacar uma cultura negativa e pejorativa de imagens associadas ao envelhecimento, a qual acentua nos idosos aspectos de fragilidade, incapacidade, dependência e perdas. Estas permanências culturais negativas já atravessam barreiras geográficas e as fronteiras do tempo. Ilustrando tal fato, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (1998, p. 10) apresentou um estudo em que cita o livro “*velhice, realidade incômoda*”, escrito por Simone de Beauvoir (1990), como referência mais antiga sobre o assunto, trazendo a citação de Ptah-Hotep, filósofo e poeta egípcio que no ano 2500 a.C. comentou sobre a velhice:

Quão penosa é a vida do ancião! Vai dia-a-dia enfraquecendo, a visão baixa. Seus ouvidos se tornam surdos, a força declina, o corpo não encontra repouso, a boca se torna silenciosa e já não fala. A velhice é a pior desgraça que pode acontecer a um homem.(PTAH-HOTEP apud BEAUVOIR, 1990).

Desse modo, as palavras expressas por um egípcio há 2500 a.C. ecoam até hoje, parecendo-nos tão familiares. As crenças e os mitos negativos sobre o envelhecimento atuam gerando expectativas desfavoráveis (GUERREIRO; RODRIGUES, 1999).

Muitas vezes, o apoio que o indivíduo idoso espera da família ele não encontra, ao contrário, todas as suas atitudes e iniciativas são impedidas. Sobre esta questão, o GP vem reforçar que olhar para a velhice considerando somente os aspectos negativos, enfatizando perdas, é olhar com parcialidade para esta fase da vida. Considerando Baltes e Baltes (1991), é preciso um novo olhar, que enxergue a velhice como uma fase com potencial para o crescimento e para o desenvolvimento.

Aqui os indivíduos idosos do grupo buscam a qualidade de vida e o bem-estar desprendendo mitos e preconceitos em favor de si e descobrindo novas formas mais saudáveis de vivenciar o seu processo de envelhecimento.

Assim, na construção da imagem do envelhecer saudável, é necessário romper com os preconceitos, transcendendo as limitações da realidade presente, lutando-se para desmistificar o conceito de velhice dependente e ultrapassada mediante atitudes que façam o idoso estar sempre ativo na sociedade.

Outras pré-suposições/confetos que nasceram a partir do imaginário do grupo são ilustradas no *labirinto*. O grupo imagina um sentimento de estar perdido, ou seja, reconhece os problemas (os limites), porém parece não saber como enfrentá-los (encontrar possibilidades), o que representa uma situação incômoda. Aqui, o *Limiar* é visto como um lugar angustiante, pois desse não se conhece o caminho para se chegar à saída e/ou à solução. Por isso, confrontar-se a cada momento com seus próprios limites torna-se um desafio porque age ao contrário dos desejos do indivíduo.

Considera-se extremamente importante a atuação do enfermeiro na arte de assistir o ser humano, já que este constitui parte do entorno interpessoal que exerce influência nas pessoas ao longo da vida. Aqui, as intervenções de enfermagem direcionam e possibilitam ao indivíduo manter-se no comportamento de promoção da saúde, esperada no atendimento de suas necessidades de saúde e de bem-estar, a partir da referência de Pender sobre o compromisso com o plano de ação (SAKRAIDA, 2006).

O grupo pesquisador imagina na *Ponte* e na *Estrada* lugares facilitadores para encontrar as possibilidades e alcançar os propósitos de vida. Estes são firmados aos serviços de saúde, à busca de assistência, à participação em grupos, às atividades de voluntariado nas escolas, na comunidade, dentre outros. Em consonância com Pender (SAKRAIDA, 2006) sobre suas afirmações teóricas, estas influências situacionais apresentadas anteriormente pelo grupo, podem fazer aumentar o compromisso da participação na conduta promotora de saúde.

Assumir novas posturas na terceira idade a partir destes espaços contribui para a passagem de uma condição vulnerável a uma condição saudável, a partir da valorização e reconhecimento do indivíduo e da importância dos relacionamentos sociais para o bem-estar físico e mental.

O *Cume* já é percebido pelo grupo como lugar máximo a que se pretende chegar, pois é dali que se contemplam com satisfação os cuidados bem-sucedidos e a harmonia do corpo. Para Pender (SAKRAIDA, 2006), estes são os resultados positivos da ação dirigida na implementação do Modelo de Promoção da Saúde.

Considerando os conhecimentos/confetos produzidos, ao se chegar à terceira idade percebe-se que as possibilidades físicas não são mais as mesmas, mas nem por isso se torna uma pessoa limitada, pois é um indivíduo repleto de sentimentos, valores e experiências ricas em subjetividades, que tem a capacidade de desfrutar grandes realizações.

Portanto, é necessário que a sociedade enfatize o potencial humano para o desenvolvimento ao longo de todo o curso da vida, em vez de realçar o declínio físico e comportamental que advém com a idade. É fundamental que sejam oferecidas condições de promoção da saúde a todos os indivíduos, também permitir que os idosos interajam com o ambiente, dentro dos limites de suas potencialidades, favorecendo o desenvolvimento de sua autoeficácia, segundo Pender (SAKRAIDA, 2006), condições essas que tem efeitos positivos sobre sua adaptação global para o envelhecer saudável.

Sobre as condições pessoais e crenças da pessoa idosa a respeito de suas possibilidades: se por um lado as condições pessoais podem ser determinadas por dimensões biológicas, educacionais e situacionais, por outro as crenças de autoeficácia da pessoa regulam a sua motivação para comportar-se em favor do autocuidado e saúde.

► Transcender para experienciar o dom do envelhecer

Em Deus primeiro, acima de tudo, depois comigo mesmo [...] Eu tenho uma porção de amigos, mas tem certas coisas na nossa vida, que a solução está dentro de nós, então, eu procuro dentro de mim mesmo [Fé] (Grupo Pesquisador).

A categoria analítica expressa pela dicotomia “*Espiritualidade/Transcendência*”, imaginada na *Ponte e Estrada*, versus “*Viver e Experienciar*”, imaginada nos lugares geométricos *Ponte e Poço*, produziu os confetos do grupo.

O GP imagina a *Ponte* como um recurso para ultrapassar obstáculos. Por isso, é um percurso que não deve ser feito sozinho, mas sim em relação de ajuda por meio do filho, do marido, de uma irmã, de uma amiga, dentre outros. Embora nesta fase da vida seja imprescindível tal relação, as pessoas idosas, membros do grupo, descrevem forças que contribuem para superar satisfatoriamente as adversidades encontradas nas situações de vida, estas, por sua vez, identificadas na dimensão da espiritualidade.

“Espiritualidade é toda relação com o transcendente a partir de si mesmo e da própria teia de: relações interpessoais, com o cosmo e consigo mesmo” (BASSINI, 2000, p. 490).

A espiritualidade é a *Ponte* e o sucesso para o envelhecimento saudável, que vai além das tecnologias em saúde e do próprio esforço do indivíduo aos seus cuidados, sendo algo concebido por Deus. Segundo Baldessin (2002, p. 496), “a espiritualidade evidencia a existência de potenciais forças escondidas no homem que o envelhecer faz desabrochar”.

Uma fala interessante do grupo refere-se a “*tem certas coisas na nossa vida, que a solução está dentro de nós, então eu procuro dentro de mim mesmo*”. Essa fala é como um confeto. Nesse sentido, Grün e Dufner (2004) apontam duas fontes de espiritualidade:

A espiritualidade de baixo significa que Deus não nos fala unicamente através da Bíblia e da Igreja, mas também através de nós mesmos, daquilo que nós pensamos e sentimos, através do nosso corpo, de nossos sonhos, e ainda através das nossas feridas e das nossas supostas fraquezas. A espiritualidade de cima começa pelos ideais que nós nos impomos. Parte das metas que o homem deve alcançar [...] (GRÜN; DUFNER, 2004, p. 7-15).

Aqui o grupo enfatiza o caminho da espiritualidade “de baixo”, que, sintonizado com “de cima”, citada por esses autores, desperta os ideais de vida que devem ser buscados. Portanto, muito se tem a declarar que o tema espiritualidade contribui para a satisfação de vida das pessoas idosas. Tanto é verdade que desperta interesses em aprofundar investigações nessa área, com a inclusão do aspecto espiritual no conceito multidimensional de saúde adotado pela Organização Mundial da Saúde.

Sabe-se que a possibilidade de prolongar a vida é muito diferente de se dedicar à estruturação do viver para envelhecimento saudável. E toda pessoa que

envelhece está diante da decisão de agarrar-se ao que sente escapar ou abrir-se para um novo sentimento de vida, estas percebidas através da capacidade de transcender, que imaginados na *Estrada*, compensam ao idoso a não solidão cósmica, que leva-o a vencer a angústia da morte e a compreender o sentido da sua vida.

Para os idosos do grupo aceitar passivamente o destino é algo estranho à época em que se vive, principalmente, neste constante aperfeiçoamento da arte de viver. É claro que sempre ocorrerão fatos que são inerentes ao envelhecimento, mas, partilhar o destino permite ver a vida sob um novo ângulo, e assim, perceber a real importância, o que tem valor para si e, tornando-o mais maduros.

A transcendência como parte de experienciar o envelhecimento saudável é o reflexo de uma vida construída degrau a degrau, até chegar ao equilíbrio e ao bem estar que pode ser percebido pelo seu fulgor e transmiti-lo aos outros.

Para ajudar pessoas idosas a encontrar os caminhos que fortaleçam o autocuidado na promoção do envelhecimento saudável, o cuidar em enfermagem para Watson (TALENTO, 2000) baseia-se num momento transacional que oferece a possibilidade de transcender as noções convencionais do mundo físico e que tem a finalidade de promover o crescimento mental, espiritual (para si e para outros), bem como descobrir o poder de reconstituir-se e controlar-se alcançando o seu nível de bem-estar e saúde.

Para o grupo, *viver e experienciar* as ações de autocuidado imaginadas na *Ponte*, é necessário visualizar um percurso de mudança do velho para o novo, ou seja, estar consciente do abandono ao antigo comportamento e a adoção ao novo comportamento. Por ser considerada pelo grupo uma tarefa difícil, nem sempre todos estão dispostos às mudanças, ou pelo mesmo abarcar relações com as crenças e atitudes dos indivíduos.

Pender (SAKRAIDA, 2006) refere que as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas enquanto as preferências pessoais exercem um alto controle sobre as ações de mudança de comportamento.

O *Poço* imaginado no viver e experienciar revela uma fonte de onde se retira água para beber, água também compartilhada com os demais, ou seja, à medida que se aprende a viver, aprende-se a cuidar. Esta água faz parte das experiências pessoais, da maturidade para enfrentar as adversidades, da participação na UnATI/UERJ através de cursos, participação em grupos como forma de apoio social

e da modelação, ou seja, da aprendizagem indireta mediante a observação dos demais comprometidos com uma conduta em particular.

Para Pender (SAKRAIDA, 2006), as influências interpessoais facilitariam aos indivíduos condutas promotoras de saúde, pois estes tomariam conhecimentos acerca das condutas, crenças e atitudes dos demais. Em suas suposições, as pessoas interagem com o encontro, tendo em vista toda sua complexidade biopsicossocial, transformando progressivamente o entorno e sendo transformados ao longo do tempo.

No *Poço seco*, o fundo representa o lugar no qual se jogam experiências ruins. Na vida há situações que se repetem, todavia cabe a cada um o juízo, pois este sabe que não vale a pena trazer aquela experiência de volta.

Aqui também se reportam as lembranças/experiências do passado. O grupo pesquisador considera que relembrar tais experiências não é vivê-las novamente, mas sim refazer, reconstruir, repensar, com imagens e ideias do presente, as experiências do passado. A lembrança de um fato antigo, por mais nítido que pareça, não é a mesma imagem experimentada na infância, na juventude, na idade adulta porque a percepção se alterou, e com ela, as ideias, os juízos de realidade e valor (BOSI, 2004).

Entre as várias suposições de Pender (SAKRAIDA, 2006), as pessoas buscam criar condições de vida mediante as quais podem expressar seu próprio potencial de saúde humana.

Portanto, todo ser humano deve possuir um quadro de referência pessoal para apoiar o seu comportamento, os seus valores e crenças, essenciais ao desenvolvimento e atualização, permitem-lhe conservar a identidade, mantendo-se em interação constante com os seus semelhantes e/ou com o além e/ou com o Ser Supremo (BERGER, 1995).

Estudo sociopoético transversal

Considerando os saberes que atravessam o imaginário individual e compoem o imaginário grupal dos idosos, aqui se encontram as ligações, as continuidades e as ambiguidades do pensamento sobre as ações de autocuidado no envelhecimento

saudável, revelado sobre o reconhecimento dos males à saúde para identificação das necessidades de saúde.

No reconhecer males à saúde, o GP abrange temas como desrespeito, cuidados não bem sucedidos, dificuldades para se cuidar, ceder ao descuido/falta de controle, não ter acesso à informação, conformação com perdas e danos; enquanto o reconhecimento das necessidades de saúde comporta temas como respeito ao próximo, singularidade, libertar das imposições, racionalidade para o cuidar, firmeza de propósito, fazer escolhas, importância do pensamento positivo, cautela na escolha dos cuidados e bem-estar/harmonia do corpo.

Portanto, delimitou-se a categoria analítica desvendada nas atitudes e comportamentos adotados pelo indivíduo idoso no seu autocuidado, e esta categoria, por sua vez, foi mensurada no reconhecer males sobre o agir ou não agir em prol das necessidades de saúde:

► O autocuidado como reconhecimento das necessidades de saúde

Eu engordando, a pressão aumenta, um monte de coisa acontece de ruim por eu engordar, eu tenho acompanhamento psicológico já há bastante tempo, para ver se eu consigo... [parar de comer] é muito difícil para mim. Todo dia, eu levanto com aquela boa intenção de... [comer]. [...] se você não tiver conhecimento, você não sabe se cuidar para optar pelas melhores escolhas para o cuidado do corpo e bem-estar. [...] tomar um chopinho todo dia na hora do almoço, um chocolate... Sabe como é, que a gente faz para não aparecer nada dessas coisas no exame? Passo 15 dias fazendo uma dieta, aí vai lá e faz o exame, mostra para o médico e ele diz está ótimo. O diabético, ele vai tomar uma atitude de não ingerir, de não comer a balinha, é uma renúncia dentro de um desejo, dentro de uma vontade, de um gosto, então ele renuncia sabendo que essa renúncia vai proporcionar uma melhora de sua saúde. Mas tem gente também que tem atitudes não muito boas em relação à saúde, a gente encontra muito. O fumante, por exemplo, o diabético quando come um docinho escondido. Eu gosto muito de doce aí, por exemplo, para as pessoas de casa eu digo o seguinte, enquanto o médico não me proíbe de fazer eu vou fazendo, porque na hora que proibir eu vou ser obrigada a obedecer, enquanto não é proibido eu vou fazendo. Embora eu não tenha tido esse lance de ter uma queda, depois de uma certa idade, eu passei a ser mais cuidadosa entre aspas na hora de atravessar a rua, no sinal, de descer um passeio, sabe? (Grupo Pesquisador).

O grupo imagina no *poço* um lugar que deve ser evitado para não ter a possibilidade de cair/descuido. Aqui se consideram os desejos e as vontades como convites para o “cair no poço”, pois estes seriam os males que levariam ao descuido à saúde.

Aproximar-se do *poço* se refere à necessidade de ter resistência, pois o indivíduo tem a tarefa de assegurar os pensamentos bons, ter controle sobre os desejos para não cair no poço. O exemplo mencionado é quando se está de dieta, embora o grupo considere que pouco se tem controle e força para resistir a tais desejos; referentes à necessidade de ter firmeza de propósito (manter a dieta), esta é vista como uma necessidade de saúde na qual a mesma deve ser adquirida.

Sobre o impulso/falta de controle do indivíduo, o grupo imagina que muitas vezes se opta pelo ceder ao descuido, ou seja, satisfazer pensamentos, desejos para proporcionar certo prazer. E este é fortemente sentido quando há imposições de cuidado. Embora, esta imagem somente tenha sido resgatada no *trilho*, o GP a percebe como negativa, pois é um lugar de impulso, já que não se tem domínio/controlado sobre ele.

Neste sentido, Pender (SAKRAIDA, 2006) faz um adendo instigante sobre as influências situacionais, pois o ambiente pode facilitar assim como impedir determinados comportamentos de saúde. A autora também centraliza as exigências imediatas, ou seja, as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas.

Para o grupo, imaginar um *labirinto*/cuidar da saúde é perder os caminhos de estilos de vida saudáveis que já deveriam ter sido adotados desde a infância. Já a cautela na escolha dos cuidados visualizada no *labirinto* é representada na importância de ter conhecimentos em saúde para o seu autocuidado. Para isso, os vários caminhos e bifurcações desse lugar geométrico lembram a necessidade de planejar trajetos/cuidados para alcançar o bem-estar e o envelhecer saudável.

Aqui o indivíduo percebe a autoeficácia teorizada por Pender (SAKRAIDA, 2006). A autoeficácia configura a crença que o indivíduo tem na sua capacidade para desempenhar um comportamento específico ou realizar tarefas futuras, bem como a forma pela qual ele acredita em sua capacidade de organizar e executar cursos de ação necessários para alcançar determinados resultados (RABELO; CARDOSO, 2007).

O trecho da fala do grupo pesquisador diz:

[...] depois de uma certa idade, eu passei a ser mais cuidadosa entre aspas na hora de atravessar a rua, no sinal, de descer um passeio, sabe? Já esse cuidado está de certo modo em mim ligado ao medo, eu não tenho só o cuidado [...] Mas uma prevenção meio exagerada, um pouco negativa.

Realçando o que López (1988) afirma sobre o tipo de medo racional, o habitual, mas suportável, é o medo que se poderia denominar de “profilático”, é um medo condicionado pela experiência e baseado na razão (medo lógico).

O grupo reconhece que uma das necessidades de saúde encontra-se no respeito ao próximo, imaginado na *ponte*; enquanto na *falha*, o grupo imagina o desrespeito para com o ser humano e principalmente, para com as pessoas da terceira idade, uma situação real encontrada nos atendimentos dos serviços de saúde, por estes idosos.

Cuidados não bem-sucedidos, imaginados na *falha*, são apontados em grande parte pelo desleixo do indivíduo pelas atitudes pessoais que se tem em relação ao próprio cuidado. Este confeto confere a muitos a postura passiva quanto aos seus cuidados. Outro enfoque sobre o não sucesso de cuidados à saúde se refere à questão de “ter expectativas” em demasia, já que nem sempre os resultados obtidos são os esperados, isto podendo estar relacionado a um exame, a uma conduta de saúde, a uma orientação do profissional de saúde, dentre outros.

O libertar de imposições imaginado no *trilho* é visto como uma necessidade de saúde. O grupo deixa transparecer que muitas das recomendações dos profissionais são vistas como uma imposição. Essas questões do quando “proibir”, “vou ser obrigada a obedecer” é percebido pelo indivíduo como uma agressão tirando o seu próprio domínio de gerenciar sua situação de saúde.

Muitos profissionais de saúde decidem para os indivíduos as condutas que devem ser tomadas, sem lhes esclarecer as reais condições em que eles se encontram, o que, por sua vez, leva o indivíduo também a adotar uma postura de não perguntar, questionar, nem opinar sobre os seus cuidados. Refletindo os conceitos de Lourau (1993) e Barembliitt (1997), essa situação pode ser analisada considerando que no contexto das instituições de saúde a hegemonia da medicina encontra-se instituída. Assim, seguindo a base estrutural dessa institucionalização, os profissionais de saúde determinam regras e normas de vida para os clientes que passam a negar seus próprios hábitos e modos de viver para obedecer ao preconizado.

Para Pender (SAKRAIDA, 2006), este episódio traduz no seu modelo sentimentos subjetivos que se dão antes, durante e depois da conduta. Baseada no comportamento, esta conduta reflete uma reação emocional direta ou uma resposta nivelada ao pensamento que é negativo ou desagradável.

Outro trecho do grupo diz:

Já esse cuidado está de certo modo em mim ligado ao medo, eu não tenho só o cuidado e outro detalhe talvez eu não falasse aqui, como existe esse ambiente receptivo, eu digo, esse meu cuidado já está ligado ao medo, eu ando muito pela rua, saio e vou ao mercado, aí eu já tenho um receio de como é que eu vou agir para não acontecer um negócio desse [quedas]. Quer dizer que embora a senhora esteja colocando a coisa se acontecesse à pessoa, fica assim, eu acho eu sem ter acontecido para não chegar aí [quedas], eu não acho que seja uma coisa boa não, sabe? Não estou dizendo como uma coisa boa não, não é um autoelogio não, eu acho que é... [Prevenção!] Mas uma prevenção meio exagerada, um pouco negativa! Negativo não, eu acho que a gente está certo, tem que se cuidar. Ficar depositada no fundo do poço está refletindo medo! Quer dizer, não está claro que ele tomou algum cuidado, está muito mais claro que houve uma acomodação, uma estratégia de fuga, uma omissão, o ato de se esconder,... ou falta do poder fazer,... eu não posso fazer nada, então eu vou ficar quieto e esperando o que acontece. Ele diz claro, ficar depositada, ele opta por uma situação de observar e deixar a coisa passar,... ou esperando que os fatos se resolvam. Não está tomando nenhuma medida, a medida que ele está tomando é ficar parado. Se você não sabe o que fazer, que medida que ele vai tomar? -Ficar parado esperando! Mas foi uma opção que ele tomou (Grupo Pesquisador).

A expressão marcante do grupo “*ao ficar depositada no fundo do poço*” é imaginada como uma postura de fuga do indivíduo, porque, além de refletir medo, ou a conformação com perdas e danos faz com que ele opte por uma situação de observar e esperar o tempo passar até que as coisas se resolvam. Segundo Gray (1976), o comportamento de fuga é um critério para se dizer que um organismo está com medo, mas seguramente não é o único.

As dificuldades de se cuidar representada na *falha* foi imaginada pelo grupo na condição de não ter acesso à informação, que conduza aos cuidados de saúde. Segundo Pender, tal dificuldade pode ser geradora de barreiras de ação, ou seja, percepções negativas sobre um comportamento que se quer adotar (SAKRAIDA, 2006).

Aqui, é importantíssimo o papel do enfermeiro em minimizar tais barreiras de ação. Ao ajudar os idosos a conservar sua saúde e prevenir doenças, é preciso não somente orientá-los a identificar os perigos, mas levá-los a definir sua própria concepção de saúde e doença, ou seja, concebendo-as como bem-estar e mal-estar, conforme propõe Santos (2008). Significando, na verdade, construir um processo educativo libertador, que não impõe, mas orienta e estimula o autocuidado, algo capaz de oferecer novos rumos para um envelhecer de maneira saudável (SANTOS; ALVES; CALDAS, 2009).

O conhecimento do indivíduo também deve ser levado em consideração, desde que sua opção não vier comprometer a saúde. Assim como sua própria consciência crítica no poder de decisão, pois é fundamental para que alcance a independência e a autonomia no seu autocuidado.

Como refere Noronha (1986), uma das premissas do autocuidado é a decisão e, em suma, qualquer pessoa em lucidez pode decidir e raciocinar acerca do seu corpo, seus interesses, seu próprio bem-estar e o da coletividade. A decisão, a liberdade e a participação são os pontos fundamentais para o desempenho do autocuidado que constituem direitos inalienáveis das pessoas, e o impedimento da satisfação dessas necessidades só acontece em circunstâncias extremas.

O fazer escolhas imaginado no *Cume* refere-se à sensação de liberdade. Liberdade esta que anima a vida por ser participante dos próprios cuidados à saúde e poder experimentar o self e a harmonia com os próprios sentimentos e necessidades. Ela vem reforçar a autonomia e a independência. Já o *Trilho* é visualizado como algo mais direcionado, que tem um eixo, onde há certa liberdade, embora haja certo controle sobre as escolhas.

Pode-se considerar que a liberdade corresponde ao que Pender (SAKRAIDA, 2006) afirma sobre as influências situacionais. Esta liberdade possibilita ao indivíduo decidir os encontros e desencontros do próprio cuidar, pois, para agir segundo as suas crenças e valores, o ser humano deve poder escolher modos de ação específicos e ter certa liberdade e certo controle sobre as suas escolhas (BERGER, 1995).

A compreensão das percepções que a pessoa tem da situação ajuda a enfermeira a preparar um plano cognitivo que trabalha a parte interior da estrutura da pessoa, e alivia o estresse do acontecimento. Watson (TALENTO, 2000) afirma que a enfermeira co-participa com a pessoa e que no sistema de valores humanista, há uma alta consideração pela autonomia e pela liberdade de escolha. Isso leva a ênfase sobre o autoconhecimento e o autocontrole do cliente quanto aos seus cuidados de saúde.

A *Estrada* imaginada pelos co-pesquisadores é um caminho construído para avanços e conquistas, como, por exemplo, o bem-estar/harmonia do corpo, que é uma necessidade de saúde reconhecida e almejada para quem vive a terceira idade. O grupo refere que para seguir em frente deve haver renúncias, todavia quando não

se renuncia, evidentemente se caminha para trás. Esta última considera uma atitude negativa, pois entendem que se caminha para a finitude da vida.

Aqui o GP expressa algumas das experiências individuais sobre o comportamento que deve ser mudado. Este comportamento de mudança é visto pelas renúncias que o indivíduo deve realizar para a conquista do bem-estar e do envelhecer de maneira saudável. Quando o indivíduo não consegue renunciar, há barreiras para ação, que segundo Pender, podem ser vistas como dificuldades e custos pessoais (SAKRAIDA, 2006).

Associar o *limiar* ao bem estar revela a possibilidade de o indivíduo com doenças crônicas conseguir o nível de equilíbrio que satisfaça o caminho do bom envelhecer. Embora pessoas idosas com doenças crônicas degenerativas alternem períodos estáveis e instáveis, tal fato não significa que sua saúde esteja ruim, considerando-se todas as dimensões corporais do ser humano. Mesmo não sendo possível modificar o curso da doença, é possível que as pessoas nessa condição se mantenham saudáveis. Para que isso ocorra é preciso o enfrentamento dos desafios decorrentes da condição crônica, de modo a manterem relação harmoniosa consigo, com os outros e com o mundo (SILVA, 2006).

As doenças crônicas degenerativas são as que mais acometem os indivíduos idosos, e embora a maioria apresente algum tipo de doença crônica, é possível continuar vivendo com qualidade, desde que essas doenças sejam controladas (PAVARINI et al., 2005).

Os membros do grupo demonstra a consciência na compreensão de que o autocuidado é determinante para o envelhecimento saudável que conduz aos desejos de aderir ao tratamento, de abandonar alguns comportamentos que entendem não serem saudáveis e, de manterem como estratégias pensamentos positivos quanto as suas reais capacidades. Portanto, seu papel de agente cuidador de si mesmo, demonstra um bom nível de autoeficácia, mesmo que haja situações adversas.

Aqui também se percebem benefícios para a ação, ou seja, representações mentais positivas que reforçaram as consequências de adotar um comportamento, segundo Pender (SAKRAIDA, 2006), para que mantenham a condição de doenças crônicas controladas.

A contribuição dos enfermeiros para o fato vem reforçar a necessidade de propiciar situações em que o idoso aprenda a lidar melhor com as transformações de desgaste do organismo que o leva ao desenvolvimento de doenças crônicas.

O GP, ao tentar reconhecer as necessidades de saúde, encontra no *Cume e Labirinto*, o corpo na sua integralidade e racionalidades de cuidado. Aqui é visualizado como um lugar em que se alcança o bem-estar, concretizado a partir de uma atenção singular ofertada ao indivíduo. É o lugar onde valorizam a saúde mental, além da referente aproximação de Deus, do equilíbrio do estado de espírito, que são adjetivos que conduzem a desfrutar a vida e suas possibilidades.

Estudo sociopoético surreal

No estudo surreal, observa-se que o GP colocou com insistência os temas aceitação do novo, perseverança e procurar assistência simultaneamente em vários lugares geomíticos. Portanto, a análise das respostas ao primeiro tema - “*aceitação do novo*” - associa-se aos lugares geomíticos *ponte, estrada, limiar e trilho*, reveladores da seguinte categoria analítica:

► Aceitar o novo para um renascer saudável

O novo, por exemplo, é aceitar fazer um implante dentário ao invés de usar dentadura, é aceitar o uso de cremes, que antigamente os idosos não utilizavam, aceitar que isso é importante e absorver as novidades que estão surgindo na sociedade de um modo geral, saber se readaptar às novas circunstâncias. A deficiência começa aqui em aceitar os fios de cabelo branco. Faltou em algumas pessoas basicamente aqui no grupo, faltou o reconhecimento do seu real valor, é preciso primeiro que cada um tenha consciência do seu valor, das suas capacidades. Eu acho que quando a gente chega a certa idade muita coisa da beleza física fica para trás, mas a interior cresce dia a dia porque você começa a amar mais a um neto, a uma planta que você cultivava, a uma amiga, então são outros casos. Olhando a minha fotografia aos vinte anos... Eu digo, uma ocasião mostrei o meu retrato aos vinte anos, aí o rapaz olhou para mim e disse como a velhice é implacável, eu me choquei, mas depois... não é não, porque se eu tivesse morrido vinte anos atrás eu não estava aqui para te mostrar a minha fotografia, então eu sou feliz (Grupo Pesquisador).

Para os participantes do GP, alcançar o envelhecimento saudável parte da aceitação do “novo”. É uma experiência presente e marcante nesta fase da vida, já que as situações em lidar com o adoecimento e de buscar e/ou manter o bem-estar ocorrem de maneira tal.

A perda da harmonia do corpo faz com que o indivíduo passe por processos de adaptação ou transformação, sendo necessário, muitas vezes, adotar medidas ou situações que garantam a sobrevivência ou que proporcionem o mínimo de conforto e bem-estar. Contudo, há considerável consenso na literatura, nas diretrizes políticas e nos programas de atenção a respeito da possibilidade de novas aprendizagens, manutenção da capacidade de adaptação dos idosos, condições associadas à noção de velhice bem-sucedida (NERI; FREIRE, 2000; RAMOS, 2000; BRASIL, 2006).

A velhice bem-sucedida é o resultado da interação do indivíduo em transformação, vivendo numa sociedade também em transformação, sendo esta uma das referências apontadas por autores estudiosos sobre o envelhecimento bem-sucedido (BALTES, P; BALTES, M, 1991; NERI; FREIRE, 2000).

Considerando o tema, o imaginário do grupo retrata a *ponte* como o lugar das ligações: do novo com o velho, do ruim com o bom, ou seja, é sempre a forma de ir de um ponto ao outro. A *ponte*, de alguma maneira, está sempre sobre algum obstáculo a ser ultrapassado, mas nem todos conseguem construir uma ponte na vida, preferindo ficar à margem, sem fazer esforço de atravessar. Segundo Guerreiro e Rodrigues (1999, p. 57), “o ser humano em qualquer idade vive o drama da dualidade entre o impulso de se lançar num mundo novo e o conforto de se acomodar num universo já conhecido”.

Isto revela que desafiar o novo, o desconhecido pode, por um lado, despertar curiosidades, proporcionar descobertas e o prazer da liberdade, mas por outro é uma fonte geradora de incertezas, medos e temores.

Delumeau (2009) enfoca três tipos de medo, dentre eles, os medos permanentes (medo do desconhecido). Para o autor, os medos permanentes tratam daqueles compartilhados por todos os seres humanos e, portanto, considerados “universais”. Esse tipo de medo pode sofrer mudanças na sua forma de expressão, mas não há homem que não o tenha sentido.

De um modo geral, o ser humano resiste a mudanças, pois mudar é encarar o novo, e isso provoca medo do desconhecido. O conhecido é familiar, definindo uma

zona de conforto em que se sente tranquilo, forte e possuidor de verdades. Todavia, esse conforto pode levar a uma acomodação cristalizada. À medida que se alcançam os propósitos de vida, tende-se a reservas diante do desafio de envolver-se com o “novo”. Aceitar o novo sim, mas desde que não seja “ameaçador”.

A zona de conforto torna-se cada vez mais sedutora, dificultando a saída para a conquista de novos territórios. Ao dizer não ao cuidado de si e à aventura para a descoberta do novo, fica-se estagnado para a vida, desperdiçando oportunidades para o caminho do bom envelhecer (GUERREIRO; RODRIGUES, 1999).

Apesar de haver resistências ao tema, os participantes do grupo revelam que o “novo” pode ser um prazer e um caminhar para estâncias superiores representando a nova vida em todas as dimensões, como também pode representar situações desfavoráveis, pois aceitar alguma deficiência ou limites torna-se complicado. E muitas vezes as deficiências nem começam com o desequilíbrio do corpo, mas sim no “fio de cabelo”, em que são realçadas as mudanças estéticas.

Mosquera e Stobäus (2006), refere que a autoimagem está sempre em mudança, e na medida em que o indivíduo modifica sua estrutura corporal, ele acrescenta a seu quadro pessoal novas dimensões que alteram a percepção de si mesmo e do mundo à sua volta. Hasse (2000) afirma que com o processo de envelhecimento há uma diminuição da autoimagem e da autoestima, já que o ser humano é dependente do seu corpo, das habilidades, roupas, acessórios, cabelos, bem como da integração e harmonia com seu interior.

Sobre esta dependência do ser humano ao corpo, Goldenberg (2005) aborda em suas pesquisas a construção social do corpo através dos gêneros em uma cultura que transforma corpos naturais em corpos aprisionados por modelos inalcançáveis de masculinidade e feminilidade.

Esta questão também está muito ligada à forma como uma sociedade marginaliza, superprotege, venera ou respeita a pessoa idosa, que determinará como ela se adaptará e assumirá esta nova fase da vida (WALDOW, 2000).

O discurso de uma sociedade de expectativa narcisista evidencia a difícil convivência do indivíduo idoso com seu ego e com a imagem de si mesmo, levando até a perda da identidade corporal como, por exemplo, ao utilizar a expressão “*já fui bonita*”. Ele sente de maneira contundente, pois interiorizou o envelhecimento como algo negativo, em que seu novo corpo é um desconhecido. Portanto, “não se olha para ele, não se cuida dele, não o reintegra na autoimagem” (GATTO, 2006, p. 110).

A autoestima pertence à avaliação de autovalorização, que depende de como a cultura valoriza os atributos que um indivíduo possui e ao mesmo tempo considera até que ponto seu comportamento alcança padrões pessoais (BANDURA, 1986). Por isso, o resgate do autorrespeito pelo idoso se faz necessário diante das incongruências e inconsistências que a sociedade apresenta. Aqui os participantes do grupo tentam superar a importância que a cultura atribui ao corpo e à aparência jovem para valorizar a interioridade, não negando os problemas ligados ao declínio das forças físicas, à perda (do padrão) de beleza do corpo.

O caminho positivo para superação desta crise construída pelo grupo consiste na aceitação do envelhecimento como algo natural, mas não no sentido do fim, mas na possibilidade de um ser que se renova a partir de si mesmo, repleto de valores e experiências que se unem ao novo, ao moderno, na perspectiva de uma nova construção e percepção da vida.

Descobrir-se neste processo leva o indivíduo a uma velhice plena, pois ele se liberta da prisão do ser eternamente jovem para um ser consciente de suas limitações, mas também consciente de novas possibilidades. A realidade do homem poderá ser melhor em qualquer fase da vida, se a ele for dada a oportunidade, como também se ele se der a oportunidade de viver em plenitude, a partir da aceitação de si mesmo, da valorização do ser e não somente do ter como a única fonte de cuidado.

► Perseverança para conviver com o envelhecimento

As perspectivas do envelhecer afligem o ser humano desde o princípio de sua existência, favorecendo o recrudescimento de inquietações. Por isso, o tema “*Perseverança*” relacionado ao envelhecimento foi imaginado nos lugares *ponte, falha, limiar, estrada e labirinto*.

Eu tenho uma coisa para falar... isso não quer dizer que seja geral, estava meditando outro dia sobre isso [problemas relacionados ao envelhecimento] é que as pessoas falam muito que a população está ficando cada vez mais idosa, cada vez vivendo mais e mais, já se fala de uma mulher de viver 106 anos. Passa dos 100 e aí eu fico meio assustada com isso porque você vive mais, você pode estar mais ou menos de saúde, mas como é que está realmente vivendo, quer dizer, eu estou com 68 anos, meu pai morreu com quase 90, às vezes, eu me questiono... Será que eu quero isso para mim? Com que projeto de vida? Que uma pessoa pode ter, uma pessoa diz assim você tem que ter saúde aos 30, aos 40 como é que vai ser sua vida aos 80? Agora você vê tantas coisas assim de saúde, de falta de grana para comprar um remédio, para viver com o mínimo de... [dignidade] (Grupo Pesquisador).

Em consonância com a reflexão do grupo, é compreendido pelos meios científicos e acadêmicos que as modificações demográficas não ocorrem paralelamente às transformações socioculturais, físicas e psicológicas necessárias para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas e promover o envelhecimento saudável.

Segundo Paschoal (2006), a longevidade, além de ser uma conquista, tem sido acompanhada de circunstâncias desfavoráveis que acabam por tornar o viver um pesado fardo, tornando as pessoas receosas de ingressar neste tempo de vida.

E quando se aborda o tema envelhecimento bem-sucedido, a primeira coisa que desperta a mente são as condições biológicas. Assim, ao se falar em perdas que ocorrem na velhice, o que se acredita é que as mudanças biológicas são as responsáveis ou determinantes de alterações nas outras dimensões: psicológicas e sociais. Esta é seguramente uma falsa impressão, pois as modificações biológicas não são as únicas e nem sempre as mais importantes (NETTO; QUEIROZ, 2007). É necessário ter em mente que nesta fase da vida os padrões de desenvolvimento são mais heterogêneos que em outros períodos do ciclo da vida.

Portanto, essa experiência de envelhecer relatada pelo grupo suscita medos, temores e receios, os quais se expressam na forma de preocupações e apreensões com o futuro e principalmente com o envelhecimento mais avançado. Assim, emerge o medo de doenças, da dependência física e psíquica, da redução do poder aquisitivo, dentre outros.

Entretanto, as questões de ordem política, econômica e social também se entrelaçam com as singularidades dos indivíduos, definindo a experiência subjetiva de envelhecer. Há necessidade de melhor atuação das políticas e mecanismos adequados para lidar com a população que envelhece, a despeito de todos os

impactos sociais e econômicos desse fenômeno, que por sua vez façam diminuir os receios particulares voltados para as condições de vida no futuro.

Viver muito é interessante desde que a velhice seja aproveitada na sua singularidade, levando em consideração a saúde biológica, a saúde mental, a satisfação, competência social, atividade, eficácia cognitiva, renda etc. A esses elementos soma-se o senso de autoeficácia de idosos (SAKRAIDA, 2006), tão importante nesta fase da vida num mundo em que as pessoas só enxergam as perdas e o declínio da velhice.

Por sua vez, o grupo considera a *ponte* um lugar para superar tais dificuldades relacionadas às mudanças causadas pelo envelhecimento. Essa *ponte* por ser longa é um caminho difícil de ser percorrido, mas que é preciso ter vontade para mudança, além da ajuda de Deus.

Nem de dignidade, é de conforto, do imediato, porque dignidade está em outro nível... você tem alimentação, ter que pagar a luz, existe um contraponto estranho nesta, porque a gente vive muito, e viver mal. – Às vezes você não tem dinheiro para comprar um remédio também, né. Essas coisas são ditas até mesmo pela estatística, porque tem uma sociedade da Uerj, tem um certo nível, mas na sociedade está muito abaixo disso. Existe uma sociedade provavelmente está representado nesse grupo aqui, está muito disto acima... a vontade de viver é para muito ser pensado e às vezes, você pensa muito com sentimento, você não está só pensando, você está com muita emoção, com muita atividade misturada, este é um negócio sério (Grupo Pesquisador).

Todos os indivíduos, em diferentes etapas da vida, enfrentam crises e perdas, porém na terceira idade as perdas se aceleram, sendo que o tempo para superá-las é menor. No entanto, sempre é possível superá-las. A maioria dos idosos enfrenta estas perdas com coragem e se utiliza de muita criatividade para superá-las, preservando sua saúde em todas as dimensões.

O *limiar* representa os extremos entre a idade e as condições de saúde, que, apesar da dificuldade, pretende-se alcançar o melhor. No *labirinto/cuidar* da saúde existem diversos percursos difíceis de percorrer, sendo neles que o indivíduo idoso se depara com dificuldades do viver reparando danos. A *falha/autocuidado* está na desistência. É pensar que nada mais há para conquistar.

A *estrada*, para o grupo pesquisador, representa a continuação do *viver*, ou seja, envelhecer é a *estrada* para continuar a vida, mas só para quem optou pelo caminho certo, ou seja, para aqueles que planejaram o bom envelhecer.

Concorda-se com Pender que todas estas situações imaginadas estão incorporadas nas influências situacionais nas quais o ambiente pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde assim como, também, são percebidas barreiras para ação sobre um comportamento, que são vistas como dificuldades e custos pessoais (SAKRAIDA, 2006).

► Procurar assistência pode desvelar temores a finitude do viver

Atitude para mim é ter coragem, dinamismo para o que é bom, para o que eu quero, porque eu corro atrás. Porque quem está aqui [no grupo] de algum modo está procurando alguma coisa, é uma atitude. Porque nós todos aqui através do nosso comportamento, de procurar algo, procurar o meio social, de nos dirigir à UERJ para o curso, nós tomamos uma atitude. A pessoa tem uma atitude boa em relação à saúde, mas o comportamento dela [...]. Uma pessoa que tem uma necessidade de saúde e precisa procurar assistência para fazer um exame enquanto é tempo, e não vai. Isso é um desleixo para com a saúde!. Você pode deixar de ir porque seu sentimento de angústia em relação ao exame é tão intenso que a pessoa fica assim, não quer dizer que a pessoa seja desleixada. Informaram na televisão que bom número de mulheres no Brasil deixa de ir aos exames preventivos e, que uma parcela é porque tem o receio e por uma antecipação de sofrimento, ela deixa de ir. Pode ser que para alguns seja uma rotina facilíma, mas tem uma parcela da população, que deixa de ir e não porque é uma pessoa desleixada. Eu conheci uma pessoa que sabendo e tendo o diagnóstico de câncer preferiu esconder da família e, portanto, não fez o tratamento para não angustiar a própria família, quer dizer, quando o câncer chegou a um grau de gravidade que não pode mais esconder, aí quando a família veio a saber, já era tarde. Essa pessoa para poupar a família e também continuar trabalhando até não poder mais, faleceu. Isso não quer dizer que a pessoa fosse desleixada (Grupo Pesquisador).

O tema referente ao procurar assistência de saúde foi revelado em lugares geomítricos distintos, quais sejam: *estrada e ponte*. Isso possibilitou a elaboração do estudo sociopoético surreal.

Não obstante, o motivo da procura pela assistência à saúde é o mesmo para todos os indivíduos: quando há perda da harmonia do corpo, as imagens da *ponte* e da *estrada* são bem representativas ao momento.

Para o grupo, procurar assistência não parte do atendimento de uma necessidade quando algo não vai bem, e sim, da atitude do próprio indivíduo. Atitudes essas concebidas como resultantes da conjugação de crenças, valores e afetos relacionados a um fenômeno-objeto (FISHBEIN; AJZEN, 1975), que neste caso é o autocuidado-corpo/saúde.

O procurar assistência, no *labirinto*, é imaginado como “*nem sempre querer é poder*”. Como a atitude é somente a intenção de se comportar, de certa maneira a intenção pode ou não ser consumada, dependendo da situação ou das circunstâncias.

Portanto, este tema representou as reflexões do grupo sobre as atitudes dos indivíduos em relação ao descuido, que, em algumas situações, foi considerado não um desleixo, mas algo ligado à não antecipação de sofrimento.

Por exemplo, os sujeitos revelam que fazer um exame de saúde, até mesmo os de rotina e/ou tratamentos, pode desencadear angústias, inseguranças, receios e medos, que vêm se manifestando de forma diferente entre os gêneros e de cultura para cultura. Medos esses considerados para Delumeau (2009) como permanentes (o medo da morte, do desconhecido), e os medos contextuais (doenças que não existiam antes porque a situação não existia como o medo da AIDS).

Outro caso citado pelo grupo demonstra a consciência ou a inconsciência da existência de um sentimento de autodestruição do indivíduo, visto que ele chegou ao ponto de acreditar inexistir solução para o problema, preferindo adotar uma atitude passiva, porém drástica. Ou seja, o medo não seria o de realizar o exame, e sim o de se confrontar com seu resultado. Portanto, o medo é descobrir que não há mais chance, é se defrontar com a finitude da vida.

Esse tipo de reação pode parecer exagerado, mas faz parte do cotidiano de muitas pessoas, ao associar fantasias sobre diagnósticos ruins. Na verdade, elas tentam adiar os exames o máximo possível, por causa do medo da doença em si; pela dor que vão sentir; por pensar que as pessoas passariam a olhar diferente para ela; porque o diagnóstico mudaria sua vida e ainda por outros motivos; enquanto outros indivíduos já pensam na família e como ela ficará sem eles.

Percepções estas, negativas, que são vistas por Pender (SAKRAIDA, 2006) como barreiras para ação, sobre um comportamento de saúde que se quer adotar. Ter medo de descobrir algo errado com a saúde desequilibra algumas pessoas, pois elas esquecem que o tratamento preventivo é mais eficaz que o emergencial.

A proximidade da morte, a incerteza em relação a doenças e o risco crescente de dependência são importantes fatores na determinação de perdas no senso de autoeficácia.

Para minimizar tais efeitos, os profissionais de saúde trabalham redimensionando as concepções de saúde e doença das pessoas, a partir de ações

educativas e preventivas que estimulem o autocuidado, além de atender com esclarecimentos quanto aos procedimentos, explicar como será realizado o exame, toda a segurança oferecida pelo equipamento, bem como os seus riscos e benefícios e informar sobre o acompanhamento do profissional de saúde durante todo o exame. Isso reduz a ansiedade e o temor do cliente, permitindo que o exame seja realizado tranquilamente.

Em síntese, segue abaixo o diagrama esquemático de Pender (SAKRAIDA, 2006), através do imaginário do GP, sobre a construção das ações de autocuidado no envelhecimento saudável.

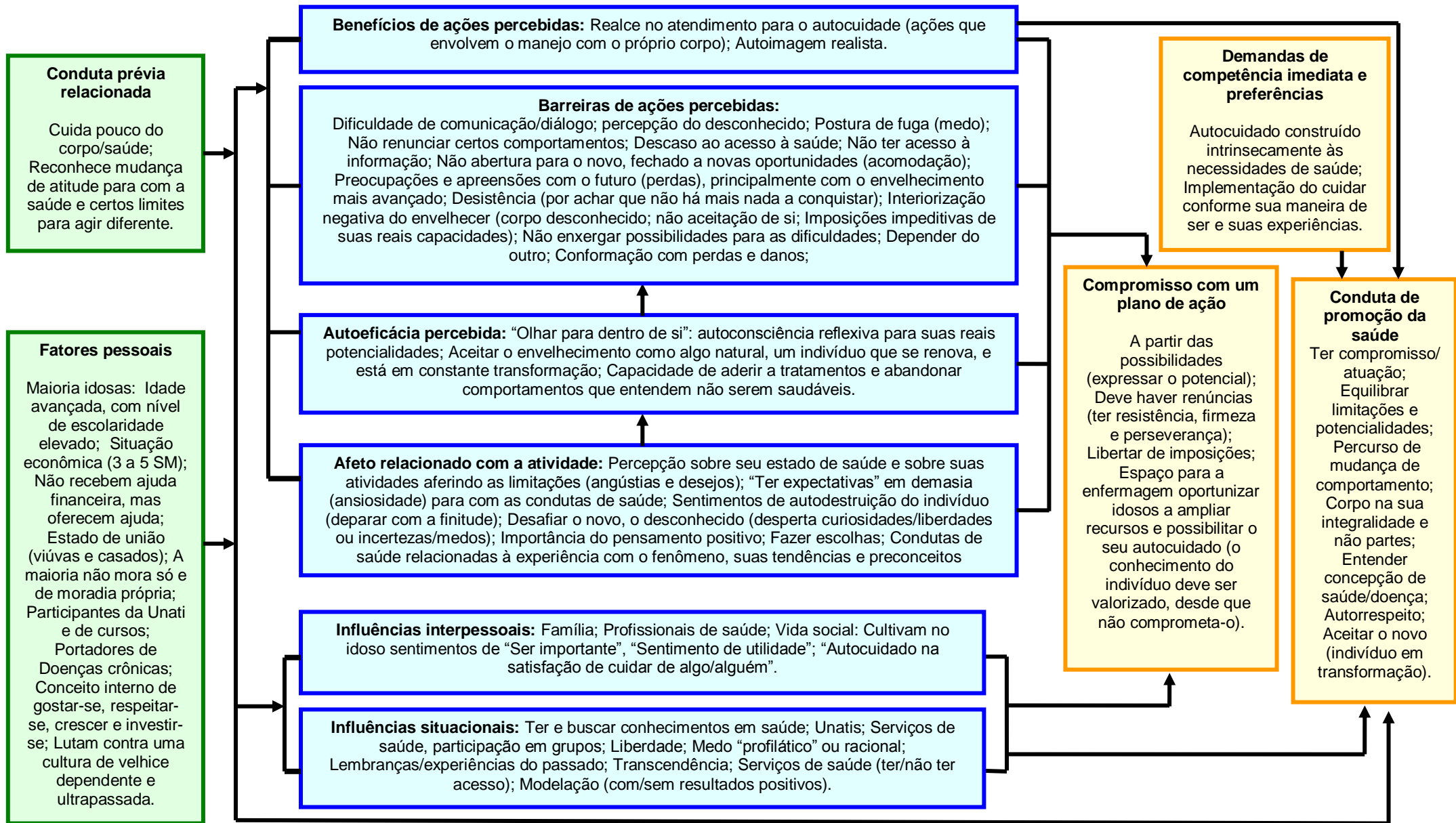


Figura 14 - Diagrama de Pender, a partir da dimensão imaginativa do GP na construção das ações de autocuidado para o envelhecimento saudável.

Legenda: verde = características/experiências pessoais do indivíduo/grupo; azul = conhecimentos e sentimentos acerca do comportamento que se deseja alcançar; e amarelo = comportamento desejável de promoção da saúde.

4 CONCLUSÕES

Após desenvolver as técnicas de pesquisa Dinâmica Corpo como Território Mínimo e Vivência de Lugares Geomíticos, ambas inseridas no contexto de um *Pescurso*⁹ sobre autocuidado, ou seja, pesquisar/cuidar, estratégia para produção de dados, utilizadas no método sociopoético, e, posteriormente, a análise, considera-se que foram alcançados os objetivos: descrever a poética sobre as ações de autocuidado construídas por um grupo de pessoas idosas; e analisar os significados (conceitos/*confetos*) atribuídos por essas pessoas ao envelhecer. Do mesmo modo, foi demonstrada coerência da sua aplicação ao objeto de estudo.

Referente à efetivação do dispositivo Grupo Pesquisador em que foram correlacionados os princípios da teoria da Ação Dialógica de Freire e os princípios filosóficos e fundamentos teóricos da sociopoética, conclui-se que, como prática de uma ciência sensível em enfermagem, estes princípios se tornaram viáveis em todas as suas instâncias. Observou-se que, quanto aos saberes construídos, entre os facilitadores da pesquisa e as pessoas idosas, atuando como co-pesquisadores, sobre as ações de autocuidado no envelhecimento saudável que, se colocados em diálogo, sem qualquer hierarquia, eles resultam em aprendizado mútuo entre os participantes do grupo pesquisador.

Tal fato é real, verificando-se que as atividades realizadas durante o *pescurso* de autocuidado com o GP não só promoveram momentos de ensinar/cuidar/pesquisar como também de interação e convívio prazeroso, o que pressupõe benefícios à saúde física, mental e social. Embora o indivíduo tenha sido tratado no contexto coletivo, a ação de mudança se estabelece em nível individual, consistindo em projetar no indivíduo a possibilidade de se apropriar de sua própria existência em direção à independência e à capacidade de autocuidado.

Contudo, a enfermagem, como disciplina voltada para o cuidado humano e o ensino do autocuidado, necessita apoderar-se de conceitos teóricos como forma de traduzir a realidade e demonstrar alternativas viáveis de ações de cuidado/saúde. Para esse fim, a proposta do estudo reforça a aproximação do enfermeiro com os

⁹ A construção da palavra segue: “*pes*” de pesquisa e “*curso*” de curso. É o desenvolvimento do pesquisar e educar.

construtos teóricos, facilitando suas escolhas e adequações para a prática profissional.

Assim, com as concepções do modelo esquemático da teoria de Nola Pender na contemplação de comportamentos e atitudes direcionadas à promoção da saúde pelo cuidado de si, foram ressaltados três pontos principais: as características/experiências pessoais do indivíduo/grupo; os conhecimentos e os sentimentos acerca do comportamento que se deseja alcançar; e o comportamento desejável de promoção da saúde.

Refletindo as características/experiências pessoais do indivíduo/grupo relacionadas à **Conduta anterior** descreve-se que, a partir da aplicação da técnica de sensibilidade do Corpo como Território Mínimo, as produções sobre a criação do corpo experienciado no autocuidado permitiram a cada participante do grupo autoavaliar suas condições de saúde, partindo do resgate de sua dimensão física; o “acordar” (no sentido de agir em prol); a reflexão sobre as ações de saúde adotadas; e a necessidade de condutas e estilos de vida saudável.

Portanto, com estes resultados e aplicando a Teoria de Pender, esta categoria reflete no grupo certos comportamentos que devem ser mudados como o *reconhecimento do descuido com o corpo e o reconhecimento de mudança de atitude sobre o autocuidado*. Esta é considerada pelo grupo uma tarefa difícil e, portanto, nem sempre todos estão dispostos às mudanças, pelo mesmo abarcar relações com as crenças dos indivíduos.

Outro enfoque atribuído pelo grupo à categoria foi desvelado no estudo classificatório sobre a técnica de vivência de lugares geométricos no *reconhecer certos limites (dificuldades encontradas, atribuído ao corpo que envelhece)* sendo uma lição para daquele momento em diante passar a agir de modo diferente.

Quanto aos **Fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais)**, delineou-se o perfil de um grupo composto por maioria de pessoas idosas, com idade avançada de 75 anos e mais, concentrando-se entre viúvos e casados, nível de escolaridade elevado (superior e 2º grau) e situação econômica entre 3 a 5 salários mínimos, que, apesar de não receberem ajuda financeira, oferecem ajuda para a família. Todos participam da Unati/UERJ, frequentando os cursos oferecidos nessa entidade, apesar de viverem com doenças crônicas, porém mantidas em controle.

O Grupo Pesquisador (GP) desta temática mantém conceito interno de gostar-se, respeitar-se, crescer e investir no seu autocuidado, implementando esse ato conforme sua maneira de ser e sua visão/experiências de vida.

Referente aos conhecimentos e os sentimentos acerca do comportamento que se deseja alcançar, considerando os **Benefícios de ação percebidas**, constatou-se, reforçando a adoção de condutas de saúde através de representações mentais positivas, proposta pela Teoria de Promoção da Saúde aplicada neste trabalho, entrelaçada à dinâmica o Corpo como Território Mínimo, a coexistência da autoimagem realista nas pessoas idosas, que, por sua vez, estão mais aptas aos desafios da vida, pois seu comportamento é coerente com a ideia que fazem de si mesmas, o que lhes permite uma autoconsciência mais aprimorada, facilitando a correção de seus erros e a satisfação em suas conquistas. É válido mencionar que referências exteriores também são apropriadas pelo indivíduo, imagens próximas e significativas assim como intenções, aspirações e tendências.

Outro realce atribuído pelo GP à categoria centra as ações de saúde básicas de manutenção da vida, envolvendo o manejo do próprio corpo, relacionando-se com a capacidade funcional do indivíduo em realizar as atividades de vida diárias.

Destacam-se as **Barreiras de ação percebidas** que, ao falar de temas como autocuidado, ações de saúde, imagem corporal e envelhecimento, sobre os quais é quase impossível não surgirem discussões sobre barreiras para tais ações, com o GP não foi diferente. Esta foi uma categoria bastante complexa e longa entre as discussões com o grupo e os facilitadores.

Sobressai com a dinâmica de sensibilidade na vivência de lugares geomíticos, no estudo Transversal, as ligações, as continuidades e as ambiguidades do pensamento sobre as ações de autocuidado, revelado no reconhecimento dos males à saúde para identificação das necessidades de saúde, abrangendo barreiras como *desleixo do indivíduo, não renunciar certos comportamentos e descaso ao acesso à saúde*.

O estudo Surreal nas categorias analíticas centra-se em “*Aceitar o Novo para um Renascer Saudável*”, imaginando a barreira de *não abertura para o novo, fechado a novas oportunidades (acomodação)*. A categoria “*Perseverança para Conviver com o Envelhecimento*” retrata *preocupações e apreensões com o futuro (perdas), principalmente com o envelhecimento mais avançado e a desistência/desesperança (por achar que não há mais nada a conquistar)*. E a

categoria *“Procurar Assistência pode Desvelar Temores para a finitude do viver”*, através do imaginário, traz discussões sobre atitudes e comportamentos que traduzem *sentimentos de autodestruição, ou seja, a não antecipação de sofrimento*.

Já com a técnica Corpo como Território Mínimo, as produções traduzem como barreiras *a interiorização do envelhecer como algo negativo (corpo desconhecido; não aceitação de si; imposições impeditivas de suas reais capacidades); reconhecimento de dificuldades, mas não enxergar possibilidades*.

Tais barreiras imaginadas pelo grupo durante o curso, tanto ocorrem de maneira interna, ou seja, construídas pelo próprio indivíduo (engajadas no nível cultural, social, individual) quanto de maneira externa (políticas públicas, acesso aos serviços de saúde, profissionais de saúde etc.), que podem revelar em certos momentos o corpo em um espaço vazio/descuido.

Para o GP, a busca por conhecimentos em saúde tem constituído um elemento de alto significado para os idosos, na intenção de minimizar tais barreiras, já que elas existem e estão presentes no cotidiano. Assim, os idosos terão condições de fazer suas escolhas de maneira consciente, conhecendo as implicações que estas escolhas acarretarão em sua vida.

A categoria **Autoeficácia percebida** apresentou nas técnicas de sensibilidade reforçando o *“Olhar para dentro de si”*, ou seja, a autoconsciência reflexiva do indivíduo para suas reais potencialidades, na condição de *aceitar o envelhecimento como algo natural, um indivíduo que se renova e está em constante transformação; de se capacitar para a identificação do problema/dificuldades e planejar as estratégias para seu enfrentamento*, assim como a *capacidade de aderir a tratamentos e abandonar comportamentos que entendem não serem saudáveis*, principalmente para o controle de doenças crônicas.

Para as pessoas idosas, alvo deste estudo, esta categoria entrelaça o pensar e agir dentro de suas possibilidades e competências, desconstruindo a imagem de indivíduo idoso em “inércia, estático”. E aceitar o envelhecer de maneira natural é entender que, apesar de as possibilidades físicas não serem mais as mesmas, isto não os torna uma pessoa limitada, e sim, com diferentes graus de eficácia no conhecimento da essência do que é possível fazer ou não fazer e, nas condições de aperfeiçoar o envelhecer saudável.

Nota-se quanto ao **Afeto relacionado com a atividade**, apresentada na dinâmica de vivência de lugares geomíticos no estudo classificatório, a categoria

analítica “*O Autocuidado através dos Limites e Possibilidades*” compreendendo a percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde e sobre suas atividades aferido as limitações, revelando, assim, que esse sentimento se torna angustiante quando age ao que é contrário aos desejos do indivíduo.

Outro enfoque dado pelo grupo pesquisador se refere à questão de “*ter expectativas*” em demasia (*ansiosidade*) para com as condutas de saúde, sentimentos de autodestruição do indivíduo (*deparar com a finitude*), assim como desafiar o novo, o desconhecido, que pode por um lado despertar curiosidades, proporcionar descobertas e o prazer da liberdade, mas por outro é uma fonte geradora de incertezas, medos e temores.

O desenvolvimento da técnica Corpo como Território Mínimo desvelou preocupação do sujeito em *cuidar de sua saúde* (consciência da necessidade de frequentar os serviços de saúde, manter boa higiene corporal, manter uma alimentação adequada, realizar atividade física etc.). Portanto, quando os idosos assumem esses comportamentos e atitudes, estão determinando seu processo de viver que consideram saudáveis, por sua vez, embasadas no seu próprio conhecimento em saúde. É visto também que muitos idosos utilizam estratégias de representação mental positiva (*manter o pensamento positivo*) no autocuidar, para que esta fase da vida possa ser vivida de uma forma mais equilibrada e harmoniosa.

Muitos dos sentimentos que afloram nos indivíduos idosos são condizentes com os resultados de sua própria experiência com o fenômeno, suas tendências e conceitos perceptivos, suas observações as reações e resultados das experiências de uma outra pessoa na mesma situação.

No que se refere às **Influências interpessoais**, elas se encontram presentes nas duas técnicas de sensibilidade, sendo marcantes as relações interpessoais para o grupo a *família, profissionais de saúde e vida social, principalmente os participantes de cursos e grupos da terceira idade*, na qual se relaciona o que Pender (SAKRAIDA, 2006) chama de modelação.

Para o grupo, estas influências, além de constituírem e permitirem o encorajamento e o apoio para o autocuidado no envelhecer saudável, também cultivaram, no interior de cada indivíduo, conceitos como “*ser importante*”, “*sentimento de utilidade*”, “*autocuidado na satisfação de cuidar de algo/alguém*”.

Quanto às **Influências situacionais** - incluindo percepções, cognições pessoais, opiniões, exigências, estética, acesso ou não aos serviços de saúde,

alimentação, moradia, qualidade de vida, políticas públicas etc. – no ambiente, pode facilitar ou impedir, num determinado contexto, comportamentos de saúde.

Foram consideradas pelo grupo influências facilitadoras para o cuidado de si: *Ter e buscar conhecimentos em saúde; Unatis, participação em grupos, atividades de voluntariado e participação na comunidade; Liberdade; Autocuidado, que se inicia desde a infância; “Os olhos como a antena do sistema”; Modelação (com resultados positivos); Medo “profilático” ou racional; Lembranças/experiências do passado para reconstrução de ideias para o presente; e Serviços de saúde (ter acesso)*. As influências situacionais consideradas pelo grupo não facilitadoras para o autocuidado foram: *Modelação (com resultados negativos); e Serviços de saúde (não ter acesso)*.

Para que haja favorecimento das práticas de cuidado, são importantíssimas tais influências positivas estimuladas.

No estudo Classificatório, representada pela categoria *“Transcender para Experienciar o Dom do Envelhecer”*, o grupo revela sua relação com a espiritualidade/transcendência a partir da própria teia de relações interpessoais, com o cosmo e consigo mesmo. A transcendência apresenta a forma de estruturar-se o viver para o envelhecimento saudável, que o leva a vencer a angústia da morte/finitude e a compreender o sentido da sua vida, chegando ao equilíbrio e ao seu bem estar.

O comportamento desejável de promoção da saúde, representado no **Compromisso com um plano de ação**, é facilitado pelas intervenções de enfermagem propostas, que facilitem aos idosos ampliar recursos e possibilitar seu autocuidado. Tal fato é reforçado pela teoria do cuidado humano focalizada na experiência humana de Watson (TALENTO, 2000) onde considera as tentativas transpessoais intersubjetivas utilizadas pela enfermagem na condição de ajudar a pessoa a encontrar significados no seu processo de autocuidar e, assim, ajudar o outro a aumentar o autoconhecimento, o autocontrole e a autoreconstituição/recomposição, reforçando seus mecanismos de enfrentamento.

Segundo o GP, tal espaço proposto para as condições/recursos a fim de que o compromisso se fortaleça se refere à *libertação de imposições como “quando proibir, vou ser obrigado a obedecer”, ao conhecimento do indivíduo, que deve ser levado em consideração desde que não comprometa sua saúde, a atividades que expressem o potencial do indivíduo*, além de o próprio indivíduo se dispor a

renunciar, visualizadas como positivas na condição de *ter resistência, firmeza de propósito e perseverança*.

Para o grupo, quando tais elementos fortalecedores atuam principalmente no reconhecimento do saber do indivíduo sobre si, além de ser uma forma de valorização como sujeitos, eles estimulam o próprio idoso, conhecendo-o, a expressar sua percepção sobre as suas reais necessidades de saúde.

Diante disso, trazem a ampliação do conhecimento e da compreensão de enfermeiros no planejamento de ações sobre o que o idoso realmente necessita, ao mesmo tempo fortalecendo o alcance das práticas de autocuidado.

Para as **Demandas de competência imediata (controle baixo)**, o autocuidado é construído intrinsecamente às necessidades de saúde como forças impositivas, na condição de “ter que mudar”, exploram um exemplo clássico quando se referem a algumas restrições na alimentação (ficar de dieta, por causa do colesterol, triglicerídeos, glicose etc.), consideram que pouco se tem controle e é necessário força/firmeza para resistir a esses desejos, mas que é visto como uma necessidade de saúde na qual a mesma deve ser adquirida. Quanto às **preferências (controle superior)**, que atuam como forças potencializadoras, na condição de “querer mudar”, seguem a maneira de ser de cada indivíduo e de acordo com sua visão/experiências de vida (alimentação saudável, cultura/lazer, atividade física, ocupação do tempo, vida social etc.). Nessa concepção, a promoção da saúde apresenta o incremento dos conhecimentos, expandindo o campo de possibilidades de escolhas do indivíduo, deixando-o livre para optar sobre seus comportamentos.

Assim, independentemente de forças impositivas ou potencializadoras, a questão é que essa categoria faz com que as pessoas da terceira idade assumam espaços contribuindo na passagem de uma condição vulnerável a uma condição saudável.

E por fim, a **Conduta de promoção da saúde**, que é a categoria que conduz a um olhar através de ações dirigidas que tenham resultados positivos para o bem-estar satisfatório e o equilíbrio. Os exemplos da conduta de promoção da saúde adotada pelo grupo são vários: *alimentação saudável, cultura/lazer, atividade física, ocupação do tempo, vida social etc.* Mas o que conduziria a tais condutas, segundo o grupo, seriam: *o compromisso de atuação do indivíduo para tais atividades; condição de equilibrar limitações e potencialidades; atender mudança de*

comportamentos, que consideram não ser saudáveis; visualizar o corpo na sua integralidade (física, mental, sociocultural, espiritual) e não meramente partes; ter o entendimento de concepção de saúde/doença de si próprio; autorrespeito; e a aceitação do novo (indivíduo em transformação).

Em concordância com Victor, Lopes e Ximenes (2005), o modelo de Pender surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o que motiva indivíduos a se engajarem em comportamentos promotores de saúde.

Assim, utilizar concepções de modelos e teorias contribuiu para uma realidade mais real e dinâmica sobre ações de Enfermagem Gerontogeriatrica que levem enfermeiros a pensar sobre a necessidade de atuar no sentido de promover o autocuidado das pessoas idosas.

Percebe-se ser possível realizar tal sugestão, apesar de existirem poucos trabalhos publicados na área da enfermagem com a Teoria de Pender. Acredita-se que este estudo, além de ser um avanço, se soma aos estudos de Victor, Lopes e Ximenes (2005), que trabalharam a análise do diagrama de Pender, e aos estudos de Santos et al. (2008), que, por sua vez, contribuíram ressaltando o compromisso da enfermagem como promotora da saúde dos idosos. Isso serve de incentivo e interesse para outros estudantes, professores, pesquisadores, profissionais de saúde, dentre outras pessoas que valorizam a saúde em todas as dimensões.

Verifica-se também neste estudo, uma contribuição para a área assistencial, que indica a inclusão e a utilização das práticas de dinâmicas de criatividade e sensibilidade nas atividades assistenciais da Enfermagem, dirigidas aos diferentes espaços terapêuticos, principalmente nas ações comunitárias.

Assim, a intenção em aceitar a tarefa de realizar e escrever este estudo parte da condição das pessoas da terceira idade de estarem sempre dispostas a começar novas caminhadas, para manter a saúde e qualidade de vida e assim viver mais e melhor. Na condição de acreditar nas possibilidades do imaginário de um grupo e com as experiências vivenciadas como enfermeira junto a pessoas idosas, os resultados do GP se identificam com o modelo de envelhecimento que vislumbra, para seu futuro, um modelo de uma imagem de envelhecer mais dinâmica, que é adotado para si próprio, mais autônomo, ativo e bem-sucedido, com novos comportamentos e com estilo de vida saudável.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. *Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ*, 2004. 235f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

_____. Aspectos Sociais do Envelhecimento. In: ASSUERO, L.S.; CALDAS, C.P. (Org.). *Saúde do Idoso: a arte de cuidar*. 2.ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

BALDESSIN, A. O idoso: viver e morrer com dignidade. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Gerontologia: a velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 496.

BALTES, P.; BALTES, M. Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In: BALTES, P.; BALTES, M. (Ed.). *Successful aging: Perspectives from behavioral sciences*. Cambridge, Cambridge University Press, 1991. p.1-34.

_____. (Orgs.). *Successful aging. Perspective from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990 apud NERI, A. L.; CACHIONI, M. Velhice bem-sucedida e educação. In: NERI, A. L.; DEBERT, G.G (Orgs.). *Velhice e sociedade*. Campinas, SP: Papyrus, 1999. p.13-40.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review*, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.

_____. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1986.

BARBIER, R. *A Pesquisa-ação*. Tradução de Lucie Didio. Brasília, DF: Ed. Plano, 2002.

BAREMBLITT, G.F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 5.ed. Belo Horizonte: Ed. Instituto Félix Guattari, 1997.

BASSINI, P.F. Dimensão espiritual e a terceira idade. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. (Org.). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 35, p. 487-498.

BEAUVOIR, S. *A velhice*. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 711p.

BECK, C.L.C.; GONZALES, R.M.B.; COLOMÉ, I.C.S. Os desafios (Im) Postos pelo processo de Envelhecimento humano. *Rev. Técnico-Científica de Enfermagem*, Curitiba, v.1, n.2, p.122-126, mar./abr. 2003.

BERGER, L.M.; MAILLOUX-POIRIER, M. *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Editora Lusodidacta, 1995. 579p.

BERGER, L. Glossário. In: Estudo do emprego de técnicas da análise transacional e da programação neurolinguística na melhoria da comunicação pessoal e organizacional. Florianópolis, 1999. *Comportamento*. Disponível em: <<http://www.eps.ufsc.br/disserta99/berger/glossario.html>>. Acesso em: 03 abril 2008.

BERLIZI, E.M.; ROSA, P.V. Estilo de Vida Ativo e Envelhecimento. In: TERRA, N.L.; DORNELLES, B. (Org.). *Envelhecimento Bem-sucedido*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. p.91-96.

BOFF, L. *Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

BOSI, E. *Memória e Sociedade: lembranças de velhos*. 12.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. *Estatuto do Idoso*. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>>. Acesso em: 12 Maio 2008.

_____. _____. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Portaria n.º 2.528/GM em 19 de Outubro de 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 10 Jan 2008.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília, DF: 2006, 192p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n.19).

BRITO, F.C; LITVOC, J. *Prevenção e Promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu, 2004.

CALDAS, C.P. O autocuidado na velhice. In: FREITAS, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap.117, p.1119-1120.

CAMPELLO, C.M.; RANGEL, G. Criatividade e Corpo na Terceira Idade: Imagem e Emoção. In: VERAS, R.P. (Org.). *Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UERJ, UnATI, 1999. p.173-181.

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.725-733, 2003.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1998.

COLLIÈRE, M. F. *Promover a vida: das práticas das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 2.ed. Portugal: Sindicato dos enfermeiros portugueses, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Resolução nº 240*. Aprova o código de ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. 2000. Disponível em: <<http://www.pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/79.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. (Brasil). *Resolução nº 196* de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.

COPPARD, L. C. La autoatención de la salud y los ancianos. In: Hacia el bienestar de los ancianos. *Publicación Científica*, Organización Panamericana de la Salud, n. 492, 1985 apud LIMA, A.M.M. *Saúde e envelhecimento: autocuidado como questão*. 2003. 329f. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2003.

CRUZ, D.A.L.M. Desesperança e impotência frente à dependência. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. (Org.). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 6, p. 71-78.

DEBERT, G.G. *O Idoso na Mídia*. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/env12.htm>>. Acesso em: 14 maio 2009.

DERDYK, E. *O Desenho da Figura Humana*. São Paulo: Scipione, 2003.

DELUMEAU, J. *História do medo no Ocidente: 1300-1800. Uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009. 672p.

DIB, S.F. et al. (Coord.). *Roteiro para apresentação das teses e dissertações da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007. 133 p.

DORES, C.N.S. *PJE dinâmicas*. Disponível em: <<http://www.cnsdfri.com.br/pje12.html>>. Acesso em 28 Set 2008.

DUARTE, M.J.R.S. O envelhecer saudável: autocuidado para a qualidade de vida. *Rev. Enferm. UERJ*. Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.293-307, jun.1998.

_____. Cuidando e educando o cliente idoso na perspectiva da cidadania. In: ASSUERO, L.S.; CALDAS, C.P. (Org.). *Saúde do Idoso: a arte de cuidar*. 2.ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

DUARTE, Y.A.O. Princípios de Assistência de Enfermagem Gerontológica. In: PAPALÉO NETTO, M. *Tratado de Gerontologia*. 2.ed. rev. e ampl.. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. Cap.31, p.394.

DUNN, H.L. *High level wellness*. Thorofare, Nova Scotia, Charles S. Black Editor, 1973. p. 108 apud BERGER, L.M.; MAILLOUX-POIRIER, M. *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Editora Lusodidacta, 1995. 579p.

FEATHER, N.T. *Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. 1982.

FERRARI, M.A.C. Lazer e Ocupação do Tempo livre na Terceira Idade. In: CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETTO, M. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap.10, p.98-100.

FIGUEIREDO, N.M.A. et al. O Cuidar: lugar da invenção de um novo paradigma científico. *REBEN*. Brasília, DF, v.50, n.1, 1998.

_____; TONINI, T. (Org.). *Gerontologia: atuação da Enfermagem no processo de envelhecimento*. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis editora, 2006. 356p.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Massachussets: Addison-Wesley, 1975.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 47.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, S.A.; RESENDE, M.C. Sentido de vida e Envelhecimento. In: NERI, A.L. (Org.). *Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais*. Campinas, SP : Papirus, 2001. Cap.3, p.71-97. (Coleção Vivacidade).

_____. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A (Org.). *E por falar em boa velhice*. Campinas, SP: Papirus, 2000. p.21-31.

FRUTUOSO, D. *A Terceira idade na Universidade: relacionamento entre gerações no terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Editora Àgora da Ilha, 1999. 162p.

GATTO, I.B. Aspectos Psicológicos do Envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETTO, M. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap.11, p.109-112.

GAUTHIER, J. et al. A sociopoética – uma pesquisa diferente e prazerosa. In: _____. *Pesquisas em Enfermagem: Novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 292p.

_____; HIRATA, M.A. A Enfermeira como educadora. In: SANTOS, I. (Org.) . *Enfermagem Fundamental – Realidade, Questões e Soluções*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001. p.123-141.

GAUTHIER, J. Trilhando a vertente da montanha sociopoética. In: _____. *Prática de pesquisa em ciências humanas e sociais*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

GOLDENBERG, M.; RAMOS, M S. A civilização das formas: o corpo como valor. In: _____. (Org.). *Nú e vestido*. Rio de Janeiro: Record, 2002. p.19

_____. Gênero e Corpo na cultura brasileira. *Psic. Clin.* Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.65-80, 2005.

GOLDMAN, S.N. As Dimensões Sociopolíticas do Envelhecimento. In: PY, L. et al. (Org.). *Tempo de Envelhecer*. 2.ed. Holambra: Setembro, 2006. p.57-76.

GONÇALVES, L.H.T., ALVAREZ, A.M. O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap.91, p.754-61.

GRAY, J. *A Psicologia do Medo e do "stress"*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

GREGÓRIO, S.B. Atitude e Comportamento. Disponível em: <<http://www.ceismael.com.br/artigo/artigo057.htm>>. Acesso em: 10 abril 2008.

GRÜN, A.; DUFNER, M. *Espiritualidade a Partir de Si Mesmo*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2004.

GUEDES, M.H.M. *Idoso e arte: uma relação possível com a auto-imagem?* 2007. 131f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade Católica de Brasília, 2007.

GUERREIRO, T.; RODRIGUES, R. Envelhecimento bem-sucedido: Utopia, Realidade ou Possibilidade? Uma abordagem Transdisciplinar da questão cognitiva. In: VERAS, R.P. (Org.). *Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UERJ/UnATI, 1999. p.51-69.

HASSE, M. O corpo e o envelhecimento: imagens, conceitos e representações. In: Faculdade de Motricidade Humana. *Envelhecer Melhor com a Atividade Física*. FMH: Lisboa, 2000. p.161-74.

HEIDEGGER, M. *Sobre o problema do ser*. São Paulo: Duas Cidades, 1969
apud WALDOW, V. R. *O cuidado na saúde: As relações entre o eu, o outro e o cosmos*. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 2004. p. 20.

HELMAN, C.G. *Cultura, saúde e doença*. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HORTA, W.A. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU/EDUSP, 1976.

HUNT, et al. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *J Epidem Comm Health*. v.34, n.24, p.281-286, 1980.

IBGE. *Censo 2000*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo>>. Acesso em: 01 fev. 2008.

_____. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Sócioeconômica – Síntese de Indicadores Sociais, uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: 2008. n°23.

INTERNATIONAL DATA BASE (IDB). *U.S Census Bureau*. Disponível em: <<http://www.census.gov/ipc/www/idb/pyramidis.html>>. Acesso em 12 Set 2007.

KERTÉZ, R. *Análisis transaccional en la función gerencial*. IDEA: Buenos Aires, 1975.

LEOPARDI, M. T. et al. *Metodologia da Pesquisa na Saúde*. Santa Maria: Palloti, 2001.

LIMA, A.M.M. *Saúde e Envelhecimento: autocuidado como questão*. 2003. 329f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LÓPEZ, M.Y. *Quatro Gigantes da Alma*. 13.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1988.

LOURAU, R. *René Lourau na UERJ: Análise Institucional e Práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LOURES, M.C. et al. O significado da Unati/UCG: a percepção de quem a vivencia. *Fragments de Cultura*, Goiânia, v.17, n.3/4, p.191-216, mar./abr. 2007.

MAY, R. *A coragem de criar*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982 apud CAMPELLO, C.M.; RANGEL, G. Criatividade e corpo na terceira idade: Imagem e emoção. In: VERAS, R.P. (Org.). *Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UERJ, UnATI, 1999. p.173-181.

MAYEROFF, M. *A arte de servir o próximo*. Rio de Janeiro: Record, 1971. 95p.

MESSINA, M. *Dimensões do envelhecer na contemporaneidade*. Estados Gerais de Psicanálise: Segundo Encontro Mundial. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/5b_Messina_26250803_port.pdf> Acesso em: 20 nov. 2009.

MONTEKO, K; GREENBERG, S. Reframing dependence in old age: a positive transition for families. *Social Work*, v. 40, n. 3, p. 382-90, 1995 apud SANCHEZ, M.A.S. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. *Textos Envelhecimento*. Rio de Janeiro, v.3, n.3, fev. 2000.

MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F.N.N. Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. *Psicol. USP*. São Paulo, v.19, n.1, p.59-79, jan./mar. 2008.

MOSQUERA, J.J.M. *Auto-imagem e auto-estima: sentido para a vida humana*. Porto Alegre: Estudos Leopoldenses, 1976.

MOSQUERA, J.J.M.; STOBÄUS, C. Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: qualidade de vida na Universidade. *Psicologia – Saúde & Doenças*. Lisboa/Portugal, v.7, n.1, p.83-88, 2006.

NAÇÕES UNIDAS. *Assembléia mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125*. Viena, 1982.

NERI, A. L. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, A. L (Org.). *Qualidade de Vida e Idade Madura*. Campinas, SP: Papirus, 1993. p.9-55.

_____; CACHIONI, M. Velhice bem-sucedida e educação. In: NERI, A. L.; DEBERT, G. G (Org.). *Velhice e Sociedade*. Campinas, SP: Papirus, 1999. p.13-40.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A . Apresentação: qual é a idade da velhice? In: NÉRI, A.L. *E por falar em boa velhice*. Campinas, SP: Papyrus, 2000. p.7-19.

_____. (Org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papyrus, 2001.

NEVES, E.P. As dimensões do cuidar em Enfermagem: concepções teórico-filosóficas. *Esc Anna Nery R Enferm.*, Rio de Janeiro. v.6, Suplemento n.1, p.79-92, dez. 2002.

NORONHA, R. Experiência participativa mobilizadora de enfermagem – condições prévias para o auto-cuidado. *Rev. Bras Enfermagem*. v.39, n.1, p.34-43, jan./mar. 1986.

OREM, D.E.; FOSTER, P.C.; BENNETT, A.M. In: GEORGE, J.B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. Tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma. *Rev Panam Salud. Publica/Pan Am/Public Health*, v.7, n.1, p.60-67, 2000.

PAGEL, M.D.; DAVIDSON, A.R. A comparison of three social-psychological models of attitude and behavioral plan: prediction of contraceptive behavior. *J. Pers. Soc. Psychol.* v.47, n.3, p.517-533, 1984.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, Definição do campo e Termos básicos. In: FREITAS, et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap.1, p.10.

_____. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento uma visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

PASCHOAL, S.M.P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2006. Cap.2, p.26-43.

PAVARINI, S.C.I. et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? *Texto & Contexto*. Florianópolis, v.14, n.3, p.398-402, jul./set. 2005.

PENDER, N.J. A conceptual model for preventive health behavior. *Nursing Outlook*. v. 23, n. 6, p. 385-390, 1975.

PENDER, N.J.; MURDAUGH, C.; PARSONS, M.A. *Health promotion in nursing practice*. 5th edition. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall Health, Inc., 2006.

PEREIRA, M.G. Epidemiologia - Teoria e Prática. In: *Transição Demográfica e epidemiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p.157-185.

PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. v.56, n.1, p.195-213, 2001.

PINTO, A.L.F. Memória: um desafio à autonomia do idoso. *Família Saúde Desenvolvimento*. Curitiba. v.1, n.1/2, p.39-48, jan./dez., 1999.

PETIT, S.H. Sociopoética: potencializando a dimensão poética da pesquisa. In: MATOS, K.S.L.; VASCONCELOS, J.G. (Org.). *Registros de Pesquisas na Educação*. Fortaleza: LCR-UFC, 2002. 216p. (Coleção diálogos intempestivos).

PTAH-HOTEP. Os Preceitos de Ptah-Hotep. In: VIREY, P. *Papyrus Prisse*. Records of the Past, 2nd Series: A. H. Sayce Vol. III, 1890 apud BEAUVOIR, S. *A velhice*. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 711p.

QUEIROZ, J. R. Barreiras à integração social do idoso. *A Terceira Idade*. São Paulo, SESC. v.10 , n.18, p.45-57, dez. 1999.

QUEIROZ, Z.P.V.; PAPALÉO NETTO, M. Envelhecimento bem-sucedido. Aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Importância da sociabilidade e da educação. In: PAPALÉO NETTO, M. *Tratado de Gerontologia*. 2.ed. rev. e ampl.. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. Cap.65, 807-815p.

RABELO, D. F.; CARDOSO, C. M. Autoeficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. *Psico USF*. São Paulo, v.12, n.1, p.75-81, jan/jun. 2007.

RAMOS, V. *Corpo e movimento no envelhecimento*. 2000. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Pontífice Universidade Católica de São Paulo, 2000.

RODRIGUES, J.C. *Tabu do Corpo*. Rio de Janeiro: Achiamé, 2002.

ROWE, J.W.; KAHN, R.L. Successful Aging. *The Gerontologist*. v.37, n.4, p.433-440, 1997.

SAKRAIDA, T.J. Nola Pender: Health Promotion Model. In: TOMEY, A.M; ALLIGOOD, M.R. *Nursing Theorists and their work*. 6.ed. USA: Mosb, 2006. p. 452-471.

SANCHEZ, M.A.S. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. *Textos Envelhecimento*. Rio de Janeiro, v.3, n.3, fev. 2000.

SANTANA, R.F. *O Envelhecer na Dimensão Imaginativa: Ser Idoso e Ser Velho*. 2004. 263f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

SANTOS, I.; GAUTHIER, J. *A Enfermagem: análise institucional e sociopoética*. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 1999. 210p.

_____; ALVES, A.C.S.; CALDAS, C.P. *Tendências da atenção a saúde do adulto idoso: estimulando o autocuidado para o envelhecimento*. *Rev Reeusp*. v.44, n.1, 2010. [no prelo].

_____; SANTANA, R.F.; CALDAS, C.P. Conversando com Idosos – O cuidar/pesquisar dialógico e sociopoético. *Rev. Enferm. UERJ*. Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.308-16, 2003.

_____ et al. *Prática da Pesquisa nas Ciências Humanas e Sociais: Abordagem Sociopoética*. São Paulo: Atheneu, 2005. (Série Atualização em Enfermagem, v.3).

_____. *Evidências da Orientação de Enfermagem para o Autocuidado na Qualidade de Vida das pessoas*. Projeto de Pesquisa de Bolsa de Produtividade em Pesquisa. CNPq, 2008.

SANTOS, M. *Pensando o espaço do homem*. 4.ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

SANTOS, P.N. *Terceira idade, aposentadoria, auto-imagem e auto-estima*. 2001. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Porto Alegre, 2001.

SANTOS, S.S.C. O ensino da Enfermagem gerontogeriatrica e a complexidade. *Rev Esc Enferm USP*. São Paulo, v.40, n.2, p.228-35, 2006.

SANTOS, S.S.C. et al. Promoção da Saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. *Acta Paulista*. São Paulo, v.21, n.4, p.649-53, 2008.

SCHILDER, P. *A Imagem do Corpo - As Energias Construtivas da Psique*. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SCHOOL OF NURSING FACULTY. *Nola J. Pender*. Disponível em: <http://www.nursing.umich.edu/faculty/pender_nola.html>. Acesso em: 15 nov. 2009.

SILVA, J. Equilíbrio e Conceito Multidimensional de Saúde: a questão gerontológica pode tornar-se problema geriátrico. In: FIGUEIREDO, N.M.A.; TONINI, T. (Org.). *Gerontologia: atuação da Enfermagem no processo de envelhecimento*. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis editora, 2006. p.89-94.

SILVA, M.G. *A vivência do envelhecer*. sentido e significado para a prática de enfermagem. 2007. 173f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SILVA, M.J.; DUARTE, M.J.R.S. O autocuidado do idoso: intervenção de enfermagem e melhor qualidade de vida. *Rev. Enferm. UERJ*. Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.248-253, set./dez. 2001.

SILVA, M.T.N.; SANTOS, I. A Ação Dialógica do Grupo-Pesquisador. In: SANTOS, et al. *Prática da Pesquisa nas Ciências Humanas e Sociais: Abordagem Sociopoética*. São Paulo: Atheneu, 2005. Cap.1, p.19-39. (Série Atualização em Enfermagem, v.3).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. *Caminhos do envelhecer*. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

SOUZA, L.K. Uma Nova Chance: o idoso na universidade. In: CASTRO, O.P. et al. *Envelhecer. um encontro inesperado? Realidades e perspectivas na trajetória do envelhecer*. Sapucaia do Sul: Notadez, 2001. p.93-120.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. (Brasil). Departamento de informática do Sus - DATASUS, 2007. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm#demog>>. Acesso em: 14 junho 2009.

TAHAN, M. *Minha vida querida*. Ilustrações de Mário Pacheco. 17.ed. Rio de Janeiro: Record, 2000. 125p.

TALENTO, B. Jean Watson. In: GEORGE, J.B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. Tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

TAVARES, C.M.M. O Simbolismo na Produção e Análise de Dados na Pesquisa Sociopoética. In: SANTOS, et al. *Prática da Pesquisa nas Ciências Humanas e Sociais: Abordagem Sociopoética*. São Paulo: Atheneu, 2005. Cap.8, p.163-173. (Série Atualização em Enfermagem, v.3).

TUCK, M. *Como escolhemos: psicologia do consumidor*. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 161p.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Programa de Atenção. Núcleo de Atenção ao Idoso. *Histórico*. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/quem_som/historia.htm>. Acesso em: 11 Jun. 2009.

VERAS, R.P. Atenção preventiva ao idoso. Uma abordagem de saúde coletiva. In: PAPALÉO NETTO, M. (Ed.). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. p.383.

_____. CALDAS, C.P. *UnATI – UERJ – 10 anos um modelo de cuidado integral para a população que envelhece*. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI, 2004. 80p.

_____. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Cad. Saúde Pública*. v.23, n.10, p.1463-66, 2007.

VICTOR, J.F.; LOPES, M.V.O.; XIMENES, L.B. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm*. v.18, n.3, p.235-40, 2005.

VON FABER, M. et al. Successful aging in the oldest old: who can be characterized as successfully aged? *Arch Intern. Med.*, v. 161, n. 22, p. 2694-2700, Dec. 2001 apud SILVA, M.G. *A vivência do envelhecer*. sentido e significado para a prática de enfermagem. 2007. 173f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Universidade de São Paulo, 2007.

WALDOW, V. R. O papel da enfermagem na velhice em face das modificações fisiológicas e fisiopatológicas. *Rev. Paul. Enf.* São Paulo, p.127-31, out./dez. 2000.

_____. *O Cuidado na Saúde: As relações entre o eu, o outro e o cosmos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. 237p.

WONG, P.T.P. Meaning of life and meaning of death in successful aging. In: TOMER, A. (Org.). *Death attitudes and the older adult*. Theories, concepts and applications. Taylor-Francis Publishers. Disponível em: <<http://www.meaning.twu.ca/deathsa.htm>>. Acesso em: 2 fev. 1999.

WONG, L.R. (Org.). *O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade* – subsídios para políticas orientadas ao bem estar do idoso. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar: ABEP, 2001.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido



MINISTÉRIO DA SAÚDE
 Conselho Nacional de Saúde
 Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

Título do Projeto: **Sociopoetizando a Construção das Ações de Autocuidado no Envelhecimento Saudável: Uma Aplicação da Teoria de Nola Pender**

Pesquisador Responsável: Aila Cristina dos Santos Alves.

Orientador Responsável: Dr^a. Iraci dos Santos.

Instituição das pesquisadoras: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Telefones para contato: (021) 3394-6881, (021) 2264-0540

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos RG: _____

O Sr.(a) está sendo convidado (a) a participar do Projeto de Pesquisa: **Sociopoetizando a Construção das Ações de Autocuidado no Envelhecimento Saudável: Uma aplicação da Teoria de Nola Pender**, de responsabilidade da pesquisadora Aila Cristina dos Santos Alves, que tem por:

Objetivo Geral: Contribuir para o levantamento de possibilidades de inovação na prática da Enfermagem Gerontológica a partir da compreensão do imaginário quanto à construção das ações de Autocuidado para o Envelhecimento Saudável.

Sua seleção ocorreu por sua espontânea vontade ao inscrever-se no curso para o autocuidado e por está dentro dos critérios de inclusão: Ser um indivíduo idoso (idade superior ou igual a 60 anos), de acordo com o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03); Que o mesmo aceite em participar do Curso/pesquisa; Pertencer a qualquer sexo; Pertencer a qualquer raça ou etnia; Pertencer a qualquer classe social.

Sua participação não acarretará nenhuma despesa pessoal e nada lhe será cobrado, não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a unidade de origem. A pesquisa não oferece riscos ou danos físicos, econômicos ou sociais. Sua participação constará em participar de um grupo, este denominado Grupo Pesquisador, em que os sujeitos são co-pesquisadores, ou seja, são os sujeitos que construirão o conhecimento em conjunto, compartilhando de um mesmo assunto, assim como na decisão que se deve tomar para que o processo de pesquisa chegue até sua conclusão. E a partir do consentimento do grupo, os encontros serão gravados e transcritos posteriormente, em que terão acesso a esta gravação somente, a pesquisadora e a orientadora.

Os benefícios relacionados à sua participação estarão correlacionados com a contribuição de geração de um novo conhecimento a partir da dimensão imaginativa sobre a construção das ações de autocuidado no envelhecimento saudável, contribuindo assim para a Enfermagem Gerontológica no desvelar: das verdadeiras potencialidades dos idosos que, bem aproveitadas, podem ajudá-los na reorientação de suas perspectivas de vida; Da busca pelo aperfeiçoamento da arte de viver no – “acrescentar qualidade aos anos de vida”; Do caminho trilhado pelos idosos que, mesmo sendo acometido por doença crônica, conseguem envelhecer de maneira saudável e alcançar o bem-estar. Pois, acredita-se também que o autocuidado desenvolve um papel diretamente político, ao facilitar a autonomia de grupos sociais geralmente alvos de políticas públicas assistencialistas, que as mantêm na dependência das falhas do sistema de saúde, incrementando assim uma melhor assistência dos profissionais de Enfermagem em sua real prática.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e será assegurado o sigilo sobre sua participação e que os dados nela contidos não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta endereço, telefone e o endereço eletrônico, podendo tirar suas dúvidas sobre o Projeto e sobre sua participação, agora ou a qualquer momento: Pesquisadora: Aila Cristina dos Santos Alves.

Endereço: Rua Boulevard 28 de Setembro, nº 157, 7º andar, sala 701, em Vila Isabel, Cep: 20.551-030 – Rio de Janeiro/RJ.

Tel: (021) 3394-6881 - (021) 2264-0540

E'- mail: ayla_alves@ibest.com.br

“Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3020, bloco E, 3º andar, Maracanã – Rio de Janeiro, RJ, e-mail: ética@uerj.br - Telefone: (021) 2569-3490.”

Eu, _____ RG nº _____ declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário, do Projeto de Pesquisa acima descrito.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B – Formulário de entrevista / caracterização do grupo

Nome/código: _____

Idade: _____ Sexo: () Mas () Fem

Bairro: _____ Tel: _____

Escolaridade: analfabeto() 1º grau incompleto() 1ºg. completo()

2ºg. incompleto () 2ºg. completo() superior incompleto() superior completo()

Estado de União: casado() divorciado() solteiro() viúvo() há quanto tempo?

Quantos filhos? _____

Moradia: própria () alugada () Com quem? _____

Participa de quais cursos? _____

Há quanto tempo participa da UnATI? _____

Profissão/ocupação: _____

aposentado pelo INSS () aposentado () sem renda ()

Renda aproximada: 1 a 2 salários mínimos (SM)() 2 a 3 SM() 3 a 4 SM()

4 a 5 SM() 5 ou mais SM()

Recebe ajuda financeira: Sim () Não () De quem? _____

Oferece ajuda financeira: Sim () Não () Quem? _____

Possui Plano de Saúde: Sim () Não ()

Possui alguma doença crônica: _____

Por que se inscreveu para o Curso de Autocuidado? _____

ANEXO – Carta de aprovação do comitê de ética



Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Sr2

Comissão de Ética em Pesquisa – COEP

Rua São Francisco Xavier, 524, bloco E, 3º andar, sala 3018 - Maracanã.

CEP 20550-900 – Rio de Janeiro, RJ.

E - mail: etica@uerj.br - Telefone: (21) 2569-3490

PARECER COEP 060/2008

A Comissão de Ética em Pesquisa – COEP, em sua 9ª Reunião Ordinária em 16 de outubro de 2008, analisou o protocolo de pesquisa nº. **025.3.2008**, segundo as normas éticas vigentes no país para pesquisa envolvendo sujeitos humanos e emite seu parecer.

Projeto de pesquisa: “Sociopoetizando a construção das ações de autocuidado no envelhecimento saudável”

Pesquisador Responsável: Aila Cristina dos Santos Alves, sob a orientação da Profª. Iraci dos Santos.

Instituição Responsável: Instituto de Psicologia da UERJ

Área do Conhecimento: 4.00 Ciências da Saúde – 4.04 Enfermagem

Palavras-chave: autocuidado, envelhecimento saudável, sociopoética, enfermagem

Sumário: O presente projeto apresenta como objetivo geral a identificação das possibilidades de inovação na prática da Enfermagem Gerontológica a partir da compreensão do imaginário quanto à construção das ações de autocuidado para o envelhecimento saudável. O Grupo Pesquisador (GP) será formado por 20 idosos da UNATI/UERJ, que desenvolverão as fases do método correlacionando-as à teoria da Ação Dialógica. Os dados produzidos serão analisados mediante os estudos sociopoéticos: transversal, classificatório, surrealista e filosófico.

Objetivo: Descrever a poética sobre as ações de autocuidado construídas por um grupo de pessoas idosas e analisar os significados atribuídos por estas pessoas ao envelhecer promovendo sua saúde.

Considerações Finais: A COEP considerou o projeto bem fundamentado e com metodologia adequada aos objetivos propostos, estando bem estruturado, apresentando coerência interna desde a introdução, apoiado em bibliografia adequada à proposta do estudo, TCLE de fácil compreensão.

Após o atendimento à solicitação do Parecer COEP nº049/2008, a Comissão deliberou pela **aprovação** do projeto.

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - **previsto para dezembro de 2009**, para cumprir o disposto no item VII. 13.d da RES. 196/96/CNS. Além disso, a COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Situação: Projeto Aprovado

Rio de Janeiro, 09 de dezembro de 2008.

Prof. Dr. Olinto Pegoraro

Coordenador da Comissão de Ética em Pesquisa - UERJ