

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o aumento acentuado do número de idosos trouxe conseqüências para diversos segmentos da sociedade. É de fundamental importância conhecer as múltiplas facetas que envolvem a velhice e o processo de envelhecimento e buscar os determinantes das condições de saúde e de vida dos idosos. (NETTO, 2006)

De acordo com Camarano (1999 *apud* PEREIRA, 2002, p. 43) o envelhecimento é um processo biológico caracterizado não só pelo declínio das capacidades físicas, psicológicas e comportamentais, mas também como fruto de condições socioculturais que determinam o tipo de alimentação, o trabalho, o lazer, o estresse e os papéis sociais de cada indivíduo.

A Organização Mundial de Saúde preconiza a atenção abrangente à saúde do idoso, considerando os múltiplos aspectos que caracterizam o processo de envelhecimento. Com isso, busca-se não só o controle das doenças, mas, principalmente, o bem-estar físico, psíquico e social, ou seja, a melhora da qualidade de vida. (NETTO, 2006).

O envelhecimento é um fenômeno sociovital complexo, que tem sido estudado por diversas disciplinas, não só da área da saúde, mas, também, das chamadas ciências humanas. A abordagem sobre o envelhecimento, referenciada no pressuposto das ciências sociais, é interessante para ampliar o reconhecimento de que, além de fenômeno orgânico ou psicológico, o envelhecimento é uma construção social, cultural e histórica da humanidade. (LIMA, 2003)

Para Netto (2006), ter uma visão voltada exclusivamente para o aspecto biofisiológico é desconhecer a influência de questões ambientais, psicológicas, sociais, culturais e econômicas que pesam sobre eles. Hoje, felizmente, todas as áreas do saber sobre a velhice encontram-se em grande evolução.

De acordo com Freitas (2004), há um crescente reconhecimento de que o envelhecimento pode e deve ser uma experiência positiva. Hábitos saudáveis, inserção familiar e social e adequação ambiental são fatores que podem conduzir um indivíduo ao envelhecimento ativo.

Para essa mesma autora, o envelhecimento ativo pode ser compreendido como processo de otimização de oportunidades de bem-estar físico, mental e social de forma a aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida na velhice.

Sendo assim, é necessário empreender esforços para garantir a capacidade funcional, e, portanto, o envelhecimento ativo. A manutenção da capacidade funcional e a preservação da autonomia estão interligadas e constituem o objetivo da atenção ao idoso. (FREITAS, 2004)

Segundo Pereira (2002), a qualidade de vida de um indivíduo é determinada pelas capacidades que ele possui em satisfazer suas necessidades cotidianas funcionais, sua motivação, independência e autonomia para buscar seus objetivos, suas novas conquistas pessoais e familiares.

De acordo com Mello (2007), uma forma de quantificar a qualidade de vida de um indivíduo é por meio do grau de autonomia com que ele desempenha as funções do dia-a-dia. Para o idoso residente em áreas urbanas, uma dessas formas é medir a capacidade de autocuidado em tarefas como higiene pessoal, preparo de refeições, capacidade de fazer compras, entre outras.

Caldas (2006) reitera as afirmações de Mello (2007) ao concluir que um elemento básico na avaliação da capacidade funcional é a capacidade de se autocuidar, já que a função é avaliada com base na capacidade de execução das atividades de vida diária (AVD).

Segundo a Teoria do Autocuidado apresentada por Orem (2001 *apud* CALDAS, 2006, p. 1117), autocuidado se define como uma contribuição constante do indivíduo para sua própria existência. É uma conduta que existe em situações concretas da vida, que as pessoas dirigem a si mesmas, aos demais ou ao seu ambiente, em benefício de sua vida, saúde ou bem-estar.

Para Parissopoulos & Kozabassaki (2004 *apud* CALDAS, 2006, p. 1118) o autocuidado é uma atividade ligada à saúde e bem-estar, que é auto-iniciada, com objetivo e que se dá racionalmente em resposta a uma necessidade conhecida, aprendida através das relações interpessoais.

Aspectos socioculturais influenciam a capacidade de uma pessoa de se engajar no autocuidado e na aquisição e manutenção de comportamentos de promoção de saúde. (PARISSOPOULOS & KOZABASSAKI, 2004 *apud* CALDAS, 2006, p. 1118)

Para Netto (2006), a atenção ao idoso deve ser prioritariamente multidimensional e, para atender a essa demanda, é importante a atuação de vários profissionais da saúde, atuando em equipe, respeitando-se a especificidade de cada área e de cada caso.

Dessa forma, o autocuidado é um elemento central do envelhecimento, capaz de garantir que o idoso mantenha-se ativo, preservando sua autonomia e independência. Diante do exposto, justifica-se a necessidade do estudo com objetivo de analisar as concepções e abordagens acerca do autocuidado dos idosos nas diferentes áreas da saúde, bem como as atividades consideradas de autocuidado e os fatores que as influenciam.

2. METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão de literatura sobre o autocuidado de idosos, na perspectiva de diferentes disciplinas da saúde no Brasil.

Foi realizado um levantamento das publicações nacionais referentes ao assunto, entre os anos 2003 e 2009. O tema foi pesquisado nas bases de dados Bireme e Scielo. Os descritores utilizados foram: autocuidado e idosos.

Foram encontrados 63 artigos, dos quais 30 foram selecionados. Após leitura mais detalhada, foram selecionados 9 artigos para comporem o estudo, sendo dois da área de enfermagem e um das seguintes áreas: medicina, fisioterapia, educação física, nutrição, odontologia, fonoaudiologia e psicologia.

Foram excluídos artigos de revisão de literatura, de apresentação e validação de instrumentos e artigos que relacionam a prática do autocuidado do profissional de saúde ou de outra pessoa, que não o próprio indivíduo.

Os artigos foram lidos na íntegra e analisados quanto aos objetivos, desenho do estudo, amostra, instrumentos de coleta de dados, área, resultados, atividades e abordagens acerca do autocuidado e conclusão.

3. RESULTADOS

Foram selecionados nove artigos das seguintes áreas: Medicina (ACURCIO, 2009), Enfermagem (TOLEDO, 2003; LIMA, 2005), Fisioterapia (MEIRELLES, 2006), Educação Física (DOIMO, 2008), Nutrição (ALENCAR, 2008), Odontologia (BENEDETTI, 2007), Fonoaudiologia (RIBEIRO, 2008) e Psicologia (DUARTE, 2004).

Durante a busca, não foi encontrado nenhum artigo de Terapia Ocupacional que se enquadrasse nos critérios de seleção para esse estudo, evidenciando, assim, uma lacuna na produção nacional referente ao tema.

Após a seleção dos artigos, foram criadas categorias de análise, apresentados no quadro sinóptico a seguir, para facilitar o entendimento e discussão:

Autor/ano			Objetivo		
ACURCIO, F.A, <i>et al.</i> (2009)			Analisar fatores associados à complexidade do esquema terapêutico em prescrições de medicamentos para idosos, em Belo Horizonte (MG).		
Desenho do estudo	Amostra	Instrumentos	Área	Abordagem Autocuidado	Atividades
Pesquisa qualitativa.	Idosos aposentados vinculados ao INSS, residentes em BH. Amostra aleatória de 881 idosos, mas 377 atendiam aos critérios de inclusão para a análise da complexidade.	Inquérito domiciliar; questionário com a maioria das perguntas fechadas e pré-codificadas.	Medicina.	Autocuidado como estratégia para evitar agravos. Relação com escolaridade, renda e condição sócio-econômica.	Auto-administração de medicamentos.
Resultados			Conclusão		
Autopercepção da saúde: 48,8% consideravam regular. 15 dias antes da entrevista: 27% apresentaram restrição de atividades por motivo de saúde, 1873 medicamentos utilizados (928 prescritos). 12,2% utilizavam cinco ou mais medicamentos prescritos. 22,3% não usaram algum medicamento. A não adesão mostrou-se associada à maior complexidade do regime terapêutico. O número de medicamentos prescritos, menor escolaridade, pior percepção de saúde e menor valor do benefício foram associados positivamente à maior complexidade.			Idosos com piores condições socioeconômicas e de saúde parecem mais propensos a receber esquemas terapêuticos mais complexos. Terapias mais complexas estão associadas ao menor cumprimento do tratamento proposto. A simplificação da terapia pode melhorar o autocuidado entre idosos.		

Autor/ano			Objetivo		
TOLEDO, E.H.R, DIOGO, M.J.D. (2003)			Identificar as ações e dificuldades para o autocuidado no início da doença oncohematológica em idosos submetidos a tratamento ambulatorial.		
Desenho do estudo	Amostra	Instrumentos	Área	Abordagem Autocuidado	Atividades
Pesquisa qualitativa.	30 idosos em tratamento de no mínimo 3 meses e em condições físicas e mentais de responder verbalmente as questões.	Entrevista semi-estruturada.	Enfermagem.	Favorecer enfrentamento e adaptação do idoso quanto à doença, aumentar conhecimento e diminuir fatores de risco. Cuidado de si ligado ao cuidado médico, em busca de cura. Relação com condição sócio-econômica.	Busca por cuidado médico/cuidado alternativo, se foi levado ao profissional de saúde por outra pessoa, acesso ao serviço de saúde. Mecanismos para enfrentar a doença, presença de sintomas e de cuidador.
Resultados			Conclusão		
As ações e dificuldades para o autocuidado relatadas: <u>ações</u> : procurou cuidado médico, não procurou cuidado, mas foi levado ao profissional, procurou cuidado alternativo, outras ações. <u>Dificuldades</u> : demora/dificuldade do diagnóstico, enfrentamento da doença/tratamento, acesso aos serviços de saúde, perdas ocorridas, limitações financeiras, ausência de companhia/cuidador.			A maioria dos idosos do estudo procurou o serviço de saúde como ação de autocuidado ao observarem modificações no organismo. Outros idosos foram levados e procuraram cuidados alternativos. As principais dificuldades no início da doença se relacionavam a atenção médica, incluindo demora ou dificuldade do diagnóstico preciso. Outras dificuldades se relacionam aos mecanismos de enfrentamento da doença/tratamento, acesso ao serviço de saúde, presença de sintomas, limitações financeiras e ausência de cuidador.		

Autor/ano			Objetivo		
ALENCAR, M.S.S, JÚNIO, F.O.B, CARVALHO, C.M.R.G. (2008).			Refletir sobre vivências de uma oficina ludopedagógica de uma universidade da terceira idade sobre Nutrição, Saúde e Envelhecimento ressaltando as dimensões sócio-políticas que permeiam a promoção da saúde.		
Desenho do estudo	Amostra	Instrumentos	Área	Abordagem Autocuidado	Atividades
Pesquisa qualitativa (estudo do tipo exploratório e descritivo).	19 sujeitos, com idade entre 61 a 79 anos, dos quais 2 eram do sexo masculino e 17 do sexo feminino.	Experiência didático-pedagógica na oficina, técnicas de observação participante e entrevista semi-estruturada.	Nutrição.	Cuidado preventivo para envelhecimento saudável (promoção de saúde, prevenção de doenças e manutenção da capacidade funcional). Relação com perda de autonomia, isolamento familiar e social.	Estilo de vida (alimentação, habitação, renda, trabalho, lazer), suporte familiar, independência econômica.
Resultados			Conclusão		
<ul style="list-style-type: none"> - Motivações quanto à participação na oficina: ensino-aprendizagem, integração social e promoção da saúde (cuidado com a saúde integral). - Políticas de saúde e nutrição: o cuidado com a saúde integral foi destacado como a principal motivação para a inserção no programa e na disciplina. - Concepções sobre contribuição da educação nutricional para a promoção da saúde: capacidade funcional e autocuidado. 			Ações interdisciplinares que visam à preservação, à manutenção ou à promoção da capacidade funcional do cidadão idoso, são possibilidades na direção da busca da qualidade de vida daqueles que envelhecem.		

Autor/ano			Objetivo		
MEIRELLES, M.C.C.C, <i>et al.</i> (2006)			Verificar, em um grupo de mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama, a efetividade do tratamento do linfedema, por um período de até dois anos. Avaliar o volume do braço tratado aos 6, 12, 18 e 24 meses após o tratamento do linfedema.		
Desenho do estudo	Amostra	Instrumentos	Área	Abordagem Autocuidado	Atividades
Pesquisa qualitativa	36 mulheres atendidas num serviço de reabilitação, submetidas à cirurgia mamária, com 3cm ou mais de diferença entre medidas dos braços e tratamento do linfedema finalizado.	Questionário, testes estatísticos (para correlacionar redução do linfedema e fatores como idade, escolaridade, grau do linfedema, tipo de cirurgia, etc). Medidas dos volumes dos membros.	Fisioterapia.	Estratégias de autocuidado com braço e mão como fundamentais para manutenção do tratamento, evitando complicações	Orientações de cuidado com o braço e mão.
Resultados			Conclusão		
Houve redução do linfedema e se manteve durante o estudo. Não houve correlação entre essa redução e idade, estado civil, escolaridade, tipo de cirurgia, IMC, grau do linfedema, radioterapia, circunferência, HAS ou limitação articular e não houve adesão às estratégias de autocuidado com o braço, realização de exercícios, automassagem e uso de braçadeira elástica pela maioria das mulheres.			É importante realizar novas pesquisas que analisem o papel de cada uma dessas orientações na evolução do linfedema após a fase intensiva do tratamento, de forma sistemática e controlada.		

Autor/ano			Objetivo		
RIBEIRO, L.M, RASERA, E.F. (2008).			Descrever os repertórios interpretativos utilizados por idosos deficientes auditivos sobre a decisão de usar próteses auditivas.		
Desenho do estudo	Amostra	Instrumentos	Área	Abordagem Autocuidado	Atividades
Pesquisa qualitativa.	Cinco idosos usuários de próteses auditivas. Amostra aleatória - sorteio de pacientes atendidos na clínica de fonoaudiologia	Entrevistas semi-estruturadas.	Psicologia e Fonoaudiologia.	Forma de prevenção de problemas e cuidado consigo.	Autocuidado como um dos repertórios que justificam o uso da prótese auditiva, assegurando ao indivíduo a imagem de pessoa cuidada, consciente, sábia.
Resultados			Conclusão		
Os usuários de prótese justificaram a sua decisão através da utilização de cinco repertórios: o incômodo da repetição; em busca da prevenção e autocuidado; aproveitando um recurso tecnológico benéfico; os benefícios superam as limitações e a virtude da resignação.			Ao utilizar os repertórios, os entrevistados procuraram legitimar a decisão de usar a prótese auditiva, mostrando que foi tomada de maneira criteriosa, devendo ser respeitada. Foi possível observar como os indivíduos se utilizam dos repertórios interpretativos para sustentar posicionamentos assumidos nas entrevistas, buscando sempre preservar a legitimidade de suas qualidades morais.		

Autor/ano			Objetivo		
LIMA, F.E.T, ARAÚJO, T.L. (2005)			Correlacionar as ações de autocuidado desenvolvidas por pacientes que realizaram revascularização do miocárdio com as variáveis: sexo, idade, ocupação, estado civil e antecedentes familiares para alterações cardiovasculares.		
Desenho do estudo	Amostra	Instrumentos	Área	Abordagem Autocuidado	Atividades
Estudo exploratório-descritivo, com análise predominantemente quantitativa.	114 pacientes que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio, sendo entrevistados 52 pacientes.	Entrevista semi-estruturada.	Enfermagem.	Para minimizar ocorrência cardiovascular. Relação com idade, sexo, ocupação e suporte familiar.	Acompanhamento médico e de enfermagem, utilização de medicamentos, IMC, realização de atividade física, tabagismo, etilismo, alimentação adequada, uso de sal na alimentação, ingestão de café, temperamento, controle da pressão arterial, diabetes.
Resultados			Conclusão		
Correlação da prática de autocuidado e variáveis: maior com o sexo feminino, idade elevada, casados e com antecedentes familiares de alteração cardiovascular.			Os pacientes avaliados mantêm um grau satisfatório de autocuidado, reforçando a importância do processo de orientação desenvolvido em equipe, de forma contínua e com diferentes abordagens para proporcionar ao paciente após RM condições para realizar a prática de autocuidado.		

Autor/ano			Objetivo		
DOIMO, L.A, <i>et al.</i> (2008)			Descrever a forma de uso do tempo de um grupo de mulheres idosas para realização de suas atividades cotidianas, destacando-se o local onde estas atividades acontecem (contexto físico) e quais parceiros (contexto social) estão presentes durante a realização das mesmas.		
Desenho do estudo	Amostra	Instrumentos	Área	Abordagem Autocuidado	Atividades
Pesquisa qualitativa.	Amostra de conveniência selecionada por critério de acessibilidade. 75 idosas pertencentes a um grupo de convivência de uma UBS.	Entrevista estruturada, teste de cognição (The Clock Completion Test), formulário para dados pessoais (Time Diary).	Educação Física.	Forma de retardar o aparecimento de agravos que comprometem a autonomia e independência. Relação com escolaridade, renda, idade, gênero, estado conjugal e nível sócio-econômico.	Execução de atividades necessárias à manutenção do viver, do ponto de vista fisiológico e do aspecto organizacional do ambiente (grupos de atividades domésticas e cuidados pessoais).
Resultados			Conclusão		
Grande parte do tempo destinou-se às atividades obrigatórias (domésticas e de cuidados pessoais) e do tempo livre ao lazer passivo (assistir televisão) com pouco envolvimento em atividades físicas. O contexto físico e social mais presentes foram a casa e estar com membros da família ou sozinhas.			O estudo permitiu vislumbrar o estilo de vida das idosas. Houve provável influência de fatores individuais como idade, gênero, grau de instrução, estado civil e nível socioeconômico sobre os padrões encontrados para o uso do tempo.		

Autor/ano			Objetivo		
DUARTE, V.D, SANTOS, M.A. (2004)			Investigar a percepção de idosas sobre o cuidado consigo e com o outro, comparando-a com suas necessidades atuais de cuidados.		
Desenho do estudo	Amostra	Instrumentos	Área	Abordagem Autocuidado	Atividades
Pesquisa qualitativa	Amostra de conveniência não-probabilística. 10 idosas de nível sócioeconômico médio a baixo, divididas em dois grupos: não-institucionalizadas (G1) e institucionalizadas (G2).	Entrevista semi-estruturada, caderno de campo.	Psicologia.	Autocuidado relacionado a práticas sociais preventivas e mudança na representação social “mulher-cuidado”. Relação com ocupação, institucionalização.	Suporte familiar (afetivo e financeiro), o convívio social (participação em grupos comunitários, ginástica, passeios) e religião.
Resultados			Conclusão		
<p>- Percepção do cuidado (idosa e suporte familiar): observadas inversões de papéis entre mães e filhos. O apoio familiar mostra-se mais significativo quando oferece suporte afetivo. Surge em uma fala a função de cuidar como eixo articulador da identidade de gênero feminina.</p> <p>- Percepção do cuidar de si (autocuidado e convívio social): O cuidado com a aparência e as vontades pessoais podem ser vistos como desnecessário, pois as idosas foram educadas e preparadas para se dedicar ao outro, mas com a atual disponibilidade de tempo surge a oportunidade de serem foco de sua própria atenção. No G1 o único tipo de autocuidado citado foi o asseio corporal. A religiosidade foi a forma de cuidado que se mostrou uniforme em ambos os grupos.</p>			Quando as idosas estão na condição de objeto do cuidado do outro, o papel de “cuidadora”, visto sob a concepção dominante, se rompe. Porém, essas mulheres parecem assumir um maior comprometimento com o autocuidado. Conclui-se que a família, programas comunitários e religião são as principais redes de suporte psicossocial e que a ocupação e a sociabilidade influem na percepção do cuidado.		

Autor/ano			Objetivo		
BENEDETTI, T.R.B, <i>et al.</i> (2007).			Analisar a percepção de saúde bucal de idosos do município de Florianópolis e o padrão de utilização de serviços odontológicos, associando-os com as variáveis sociodemográficas.		
Desenho do estudo	Amostra	Instrumentos	Área	Abordagem Autocuidado	Atividades
Pesquisa qualitativa.	Amostragem probabilística com intervalo de confiança de 95%. 875 idosos a partir de 60 anos de idade (437 homens e 438 mulheres).	Questionário Brazil Old Age Schedule (BOAS)	Odontologia.	Relação com condições sócio-demográficas, escolaridade e autopercepção de saúde.	Busca por serviços médicos e odontológicos, autopercepção de saúde bucal.
Resultados			Conclusão		
De acordo com os resultados da análise estatística, não houve diferença na relação percepção de saúde bucal e grau de instrução e sexo. Quanto à renda familiar e percepção do estado dos dentes, houve associação significativa. A utilização de serviços odontológicos se associou à necessidade de próteses dentárias e à utilização de serviços médicos, considerando os três meses anteriores à pesquisa.			Observou-se alta porcentagem de edentulismo, uso de próteses e pouca procura por serviços odontológicos. A discrepância entre a percepção e condições reais de saúde bucal revela a maneira singular como o idoso percebe sua saúde bucal. O estado dos dentes mostrou-se associado significativamente à renda familiar. A consulta odontológica recente esteve associada com necessidade de próteses e encaminhamento médico.		

4. DISCUSSÃO

O primeiro item analisado nos artigos foi o objetivo. Dos nove artigos, três abordam o autocuidado como objetivo do trabalho (TOLEDO, 2003; LIMA, 2005; DUARTE, 2004). O primeiro apresenta como objetivo identificar as ações e dificuldades para o autocuidado de idosos no início da doença oncohematológica. No artigo de Lima (2005) o objetivo é correlacionar as ações de autocuidado desenvolvidas por pacientes que realizaram revascularização do miocárdio com variáveis como sexo, idade, ocupação, estado civil e antecedentes familiares para alterações cardiovasculares. Já Duarte (2004) tem como objetivo investigar a percepção de idosos sobre o cuidado consigo e com o outro, comparando-a com as necessidades atuais de cuidados.

Nos outros artigos (ACURCIO, 2009; ALENCAR, 2008; MEIRELLES, 2006; RIBEIRO, 2008; DOIMO, 2008; BENEDETTI, 2007), o autocuidado não é citado como objetivo, sendo abordado durante os trabalhos como estratégia para alcançar resultados como, por exemplo, controle de linfedema e prevenção de agravos.

Constata-se assim que o autocuidado aparece como objetivo primário em apenas três artigos, sendo que, em seis artigos, ele é abordado como estratégia para garantir determinado objetivo, configurando-se como fator secundário dentro do processo de saúde.

Em relação ao desenho do estudo, oito consistiram em pesquisa qualitativa (ACURCIO, 2009; ALENCAR, 2008; BENEDETTI, 2007; DUARTE, 2004; DOIMO, 2008; MEIRELLES, 2006, RIBEIRO, 2008, TOLEDO, 2008) e apenas um foi realizado com análise predominantemente quantitativa (LIMA, 2005).

Quanto aos instrumentos de coleta de dados, cinco artigos utilizaram entrevistas semi-estruturadas (TOLEDO, 2003; RIBEIRO, 2008; LIMA, 2005; DUARTE, 2004; ALENCAR, 2008), sendo que dois desses combinaram esse tipo de entrevista com outros instrumentos, como técnicas de observação participante (ALENCAR, 2008) e caderno de tempo (DUARTE, 2004). Três estudos utilizaram questionário (ACURCIO, 2009; BENEDETTI, 2007; MEIRELLES, 2006), e um artigo utilizou entrevista estruturada (DOIMO, 2008), combinada

com teste de cognição (*The Clock Completion Test*) e formulário para dados pessoais (*Time Diary*).

Os artigos selecionados não explicitaram referencial teórico e conceito de autocuidado, não sendo possível abordar esse tema na discussão do trabalho. Porém, durante a leitura, pôde-se observar a abordagem acerca do autocuidado de idosos feita por cada autor, bem como as atividades consideradas de autocuidado.

Após a análise dos artigos, verificou-se que as atividades de autocuidado citadas por seis autores (ACURCIO, 2009; TOLEDO, 2003; MEIRELLES, 2006; RIBEIRO, 2008; LIMA, 2005; BENEDETTI, 2007) referem-se a cuidados biológicos, frequentemente relacionados a medicamentos, procedimentos e consultas a profissionais de saúde.

Para Acurcio (2009) a principal atividade de autocuidado descrita foi a auto-administração de medicamentos. Segundo esse autor, regimes terapêuticos adequados e menos complexos facilitam a administração de medicamentos por parte dos idosos, facilitando, conseqüentemente, o autocuidado.

Já Toledo (2003) cita como atividades de autocuidado a busca por cuidado médico ou cuidado alternativo, acesso ao serviço de saúde e mecanismos de enfrentamento da doença. Esse autor ainda relata que a presença de sintomas e a ausência de cuidador, apesar de não serem ações de autocuidado, acabam interferindo na realização dessas práticas.

O acompanhamento médico e a utilização de medicamentos também são citados por Lima (2005) como atividades referentes ao autocuidado, além da realização de atividade física, hábitos de vida (tabagismo, etilismo, alimentação adequada), temperamento, controle da pressão arterial e diabetes. Benedetti (2007) também aborda o ato de buscar serviços médicos e odontológicos como ação de autocuidado.

De acordo com Lima (2003), a procura dos idosos por serviços de saúde é freqüente e tem motivos diversos, como avaliação de saúde, tratamento de alguma doença, busca de exames preventivos ou orientações de promoção de saúde. Dentre essas orientações, a autora destaca as orientações de autocuidado como controle da pressão arterial, realização de atividades físicas regulares, abandono do hábito de fumar, controle da alimentação, etc.

Como afirma Ramos (2003),

um idoso com uma ou mais doenças [...] pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém, sem controle destas, com seqüelas decorrentes e incapacidades associadas.(2003, p. 794)

Segundo Benedetti (2007) a autopercepção da saúde bucal pode ser considerada uma ação de autocuidado. A autora relata em seu trabalho que os idosos, mesmo tendo perdido a maioria dos dentes, declaram ter uma boa saúde bucal e, por isso, nem sempre procuram o serviço odontológico, preferindo, por exemplo, adaptar a alimentação para minimizar o impacto da perda dos dentes.

Como afirma Maciel (2002), mesmo apresentando maior número de doenças, os idosos avaliam a própria saúde de maneira mais positiva que grupos mais jovens, pois tendem a subestimar as doenças, a não reportarem os sintomas ou reportá-los tardiamente, freqüentemente atribuindo disfunções orgânicas ao processo de envelhecimento ou a situações transitórias. Para esse autor, fatores como depressão, déficit cognitivo, pobreza e isolamento podem contribuir para que o idoso não reporte seus problemas.

De acordo com Hammerschmidt (2007), o processo de viver dos indivíduos é único e percebido de maneira singular. Sendo assim, as raízes do comportamento perante as situações, tem base nas crenças pessoais e nos fatores históricos e culturais.

O autocuidado é abordado por Ribeiro (2008) como um dos repertórios que justificam o uso de próteses auditivas. A autora explicita que a perda auditiva gera uma série de complicações negativas para o idoso, como dificuldades comunicativas, lentidão no processamento de informações acústicas e conseqüências psicossociais como isolamento, depressão, frustração, irritabilidade, entre outras.

Reconhecendo tais conseqüências, os idosos justificam o uso da prótese auditiva através do discurso categorizado pela autora como “*em busca da prevenção e do autocuidado*”, o que assegura a esses indivíduos a imagem de pessoa cuidadosa, consciente e sábia. (Ribeiro, 2008)

De acordo com Meirelles (2006) as estratégias de autocuidado são relacionadas aos cuidados com o braço e com a mão, mas não são especificadas. Nesse artigo, as orientações para o autocuidado se enquadram nas estratégias para manutenção dos resultados obtidos, como por exemplo, a redução do linfedema.

As atividades citadas por esses autores estão de acordo com a literatura, como abordado por COPPARD (1985 *apud* LIMA, 2003) que compreende o autocuidado como sendo “todas as ações e decisões que o indivíduo toma para prevenir, diagnosticar ou tratar suas doenças ou para manter e melhorar sua saúde e as decisões de utilizar tanto os cuidados de saúde formais como os informais”.

Nesse mesmo sentido, Lima (2003) afirma que a noção de autocuidado comporta uma variedade de definições como auto-ajuda, prevenção de doenças, medidas clínicas envolvendo auto-diagnóstico e auto-tratamento de doenças, auto-medicação, bem como a parceria de cuidados entre cuidadores informais e profissionais de saúde.

Para Caldas (2006), uma proposta de otimização do autocuidado deve incluir medidas gerais de manutenção da saúde como controle do peso, atividade física, saúde bucal, uso adequado de medicamentos e substâncias químicas, prevenção de quedas, otimização da capacidade mental, vacinação e cuidados com a pele.

O autocuidado foi abordado nos artigos como estratégia de prevenção de problemas (RIBEIRO, 2008), de minimização de ocorrências cardiovasculares (LIMA, 2005), de promoção do enfrentamento e adaptação do idoso frente à doença e de aumento do conhecimento e diminuição de fatores de risco (TOLEDO, 2003), de evitar complicações clínicas e favorecer a manutenção do tratamento do linfedema (MEIRELLES, 2006) e de evitar agravos e garantir que as metas dos tratamentos propostos sejam efetivamente alcançadas (ACURCIO, 2009).

As atividades de autocuidado descritas em seis artigos (ACURCIO, 2009; TOLEDO, 2003; MEIRELLES, 2006; RIBEIRO, 2008; LIMA, 2005; BENEDETTI, 2007) são voltadas para administração de medicamentos, busca por serviços de saúde e o controle de patologias como hipertensão e diabetes, deixando clara a abordagem do autocuidado a partir de uma

perspectiva biológica, onde o cuidado de si é relacionado ao cuidado médico, muitas vezes em busca da cura.

Observa-se que predomina a abordagem do autocuidado relacionado à doença, sendo que apenas em três artigos (ALENCAR, 2008; DOIMO, 2008; DUARTE, 2004) foi abordado como estratégia de promoção de saúde. Nesses artigos é possível observar uma análise do autocuidado diretamente relacionado a aspectos sociais, culturais, religiosos, entre outros, como será descrito a seguir.

O estilo de vida é abordado por Alencar (2006) como prática de autocuidado, incluindo, além de alimentação, a habitação, renda, trabalho, lazer, suporte familiar e independência econômica. Duarte (2004) também cita o suporte familiar como uma ação de autocuidado, assim como o convívio social e a religião.

Duarte (2004) ao incluir o suporte familiar entre as ações de autocuidado, afirma que o mesmo é importante do ponto de vista financeiro, principalmente para idosos que têm como fonte de sustento apenas a aposentadoria, mas essa rede de apoio é ainda mais efetiva quando é capaz de oferecer suporte afetivo, pois assim contribui para a promoção de bem-estar e auxilia no monitoramento das condições de saúde.

A relação entre autocuidado e suporte familiar foi descrita em quatro artigos (ALENCAR, 2008; DUARTE, 2004; DOIMO, 2008; LIMA, 2005). Esse suporte é apontado como facilitador relevante à prática do autocuidado. A solidão familiar pode marginalizar o idoso, levando-o à falta de esperança e de preocupação consigo, desestimulando as ações pessoais. A possibilidade de manter relacionamentos verdadeiros pode influir diretamente na saúde física e mental.

De acordo com Ramos (2003),

[...] o idoso saudável é aquele que possui saúde física, mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. O importante é que este idoso mantenha sua autonomia e que se sinta feliz e integrado socialmente, ressaltando que saúde e longevidade são conceitos inseparáveis. (*apud* HAMMERSCHMIDT, 2007, p. 363)

Segundo o mesmo autor, o bem-estar na velhice seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões. (Ramos, 2003)

Ao citar o suporte familiar, o convívio social e a religião como ações de autocuidado, Duarte (2004) reitera a afirmação de Lima (2003) de que, no envelhecimento, o autocuidado não pode ser compreendido apenas como uma adoção de saberes técnicos para manter, promover ou restaurar a saúde, devendo se caracterizar como uma atitude prática diante da experiência concreta do envelhecer, intimamente relacionada às condições de vida e às experiências de interação familiar e comunitária.

Quanto à religião, Lima (2003) afirma que, para as pessoas mais velhas, o ato de cuidar do espírito pode não se dissociar do ato de cuidar do corpo e que os planos, a sensação de bem-estar e de satisfação com a vida atual e passada e as expectativas para o futuro estão fortemente relacionadas à religiosidade.

A religiosidade tem grande importância como quadro de referência pessoal; envolve a idéia do sujeito cuidando de si mesmo e também dos outros. A espiritualidade pode ser considerada um facilitador na adaptação dos mais velhos, pois proporciona a criação de sentidos para a existência material, principalmente no que se refere à superação de sofrimentos e perdas (LIMA, 2003). De acordo com essa autora, a atividade religiosa tende a diminuir devido à restrição de mobilidade física dos idosos, mas a atitude religiosa mantém-se estável e pode contribuir para que os mais velhos mantenham contato com outras pessoas.

Segundo Caldas (2006) o autocuidado inclui elementos básicos como saúde funcional, social e cognitiva; segurança; um ambiente adequado às necessidades do idoso e um bom nível educacional. Ter acesso a recursos comunitários e outras formas de suporte é de fundamental importância.

Para a mesma autora, o autocuidado, sendo o cuidado primário em saúde, é uma importante estratégia para a manutenção da saúde funcional. Ser capaz de se cuidar é a condição básica para a autonomia, a independência e a autodeterminação. O conceito de autocuidado reforça a participação ativa das pessoas no cuidado da própria saúde como responsáveis pelas decisões que condicionam sua situação, coincidindo com a finalidade da promoção de saúde.

De acordo com Ramos (2003),

o que está em jogo na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Qualquer pessoa que chegue aos oitenta anos capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (produção em algum nível) certamente será considerada uma pessoa saudável. Pouco importa saber que essa mesma pessoa é hipertensa, diabética, cardíaca e que toma remédio para depressão – infelizmente uma combinação bastante freqüente nessa idade. O importante é que, como resultante de um tratamento bem-sucedido, ela mantém sua autonomia, é feliz, integrada socialmente e, para todos os efeitos, uma pessoa idosa saudável. (2003, p. 794)

Duarte (2004) relaciona o autocuidado às práticas sociais preventivas e mudança na representação social “mulher-cuidado” e Alencar (2008) acrescenta a idéia de cuidado preventivo para envelhecimento saudável (promoção de saúde, prevenção de doenças e manutenção da capacidade funcional).

Segundo Lima (2003), autocuidado refere-se a todas as formas de cuidado que um indivíduo assume, tanto como promotor quanto como receptor da prevenção, manutenção ou restauração de sua saúde, com ou sem ajuda de profissionais da saúde, devendo ser considerado de forma ampla e multifacetada.

De acordo com Caldas (2006), é importante que os profissionais de saúde considerem a motivação para mudança de comportamentos e hábitos em prol de atitudes saudáveis, sendo necessário avaliar a capacidade dos idosos em perceber seu problema de saúde, os fatores que dificultam e os recursos que dispõem para se autocuidar.

Outro aspecto observado na leitura dos artigos foi a relação entre autocuidado a variáveis como escolaridade, condição socioeconômica, gênero, ocupação, entre outras.

Para Acurcio (2009) a baixa renda e escolaridade sugerem pior condição de saúde e, conseqüentemente, regimes terapêuticos mais complexos. Segundo Doimo (2008) a condição socioeconômica similar à descrita, pode se configurar como um somatório de desvantagens que reflete na qualidade de vida de pessoas idosas, levando-as a um maior número de situações de fragilidade e limitação social. Benedetti (2007) relaciona renda e escolaridade à auto-percepção de saúde, o que, de acordo com a autora, influencia diretamente a busca por serviços de saúde.

GROSSMAN (1972 *apud* GUIMARÃES, 2006, p. 83) apresenta um conceito de “capital de saúde” que pode ser representado por assistência à saúde, dieta, exercício, emprego, renda, recreação e habitação. Segundo o autor, o investimento nesse capital depende de certas variáveis, das quais a mais importante é o nível de educação.

Como afirma Guimarães (2006) a relação entre fatores socioeconômicos e mortalidade pode ser influenciada por causas como diferenças na exposição a riscos ocupacionais e ambientais, desigualdade ao acesso e uso de medidas preventivas e de cuidados médicos apropriados e repertórios de variáveis sociais que predizem morbidade e mortalidade como, por exemplo, relações sociais insuficientes e falta de suporte social.

Outra variável relacionada ao autocuidado é a ocupação. Com a aposentadoria, os idosos têm mais tempo para se dedicarem a ações de autocuidado, além de possuírem melhores condições para a prática de um estilo de vida saudável. (LIMA, 2005; DOIMO, 2008; DUARTE, 2004)

Para (DOIMO, 2008) o autocuidado engloba a execução de atividades necessárias a uma manutenção adequada do viver, considerando o aspecto fisiológico e organizacional do ambiente (grupos de atividades domésticas e cuidados pessoais). De acordo com a autora, esse estudo permitiu identificar a heterogeneidade do universo ocupacional de mulheres idosas, respeitando as distintas experiências do envelhecimento.

A estruturação da vida diária dos idosos em função do uso do tempo fornece um vislumbre sobre a competência diária desses indivíduos, reflete diferenças de estilos de vida e pode ser uma chave para a melhoria na qualidade de vida, já que aponta possíveis áreas que demandam intervenção, visando manter a autonomia e independência dessa população (DOIMO, 2008).

Observou-se a participação reduzida em atividades físicas e sociais, e, segundo a autora, podem ser buscadas alternativas através de orientação e estímulo para o autocuidado, dentro da comunidade na qual a pessoa está inserida, para evitar o surgimento de agravos como limitações funcionais e isolamento social.

Doimo (2008) sugere a adoção de medidas preventivas para que os idosos desfrutem a velhice em melhores condições de saúde e bem-estar procurando mantê-los autônomos em suas

capacidades físicas, psicológicas, sociais, econômicas e afetiva, condições essenciais para um envelhecimento bem-sucedido.

Portanto, o autocuidado não deve ser considerado apenas em relação aos cuidados com o processo de adoecimento, mas com a autonomia em atividades como tarefas de higiene pessoal, preparo de refeições, capacidade de fazer compras, tomar remédios, entre outras tarefas, considerando as condições socioeconômicas em que o idoso vive, as redes de suporte social e familiar, ocupação e, principalmente, a percepção quanto à própria saúde e a motivação para manter hábitos saudáveis de vida.

5. CONCLUSÃO

O envelhecimento é um processo dinâmico, influenciado por fatores biológicos, ambientais, psicológicos, sociais, culturais e econômicos que, portanto, exige uma abordagem complexa e variada, sendo determinante a atuação de profissionais da área da saúde e das ciências humanas.

Com o avanço das práticas preventivas e de promoção de saúde, a manutenção da capacidade funcional, e, conseqüentemente, da autonomia e independência dos idosos, passou a ser enfocada, destacando-se o autocuidado como uma forma eficaz de se alcançar tais objetivos.

Segundo as recomendações da Carta de Ottawa (1986 *apud* LIMA, 2003, p. 48), “a adoção do autocuidado como estratégia de intervenção para o envelhecimento seria uma proposta de desenvolvimento de atitudes pessoais para efetivar a promoção de saúde”.

Mesmo sendo conceitualmente relacionado à promoção de saúde e alternativa para manutenção da autonomia e independência de idosos, é possível observar, através da análise dos artigos selecionados, que, na prática, o autocuidado é freqüentemente abordado de forma prescritiva, relacionado à doença, sendo uma forma de prevenir agravos e complicações, de garantir o sucesso de intervenções específicas e determinar o quadro clínico do indivíduo.

Nos artigos de enfermagem, medicina, fisioterapia, odontologia, psicologia e fonoaudiologia, nota-se uma abordagem do autocuidado à partir de uma perspectiva biológica, determinante para o controle de patologia ou até mesmo para alcançar a cura. Isso demonstra que a concepção de autocuidado nessas áreas da saúde é, muitas vezes, desvinculada da noção de promoção de saúde.

As atividades de autocuidado citadas nesses artigos são relacionadas à busca por serviços de saúde, uso de medicamentos e manutenção de resultados obtidos, como controle de linfedema, hipertensão e diabetes. São atividades que caracterizam a forma como essas áreas da saúde abordam o autocuidado de idosos.

Já nos artigos de nutrição, educação física e psicologia, o autocuidado é abordado como estratégia de promoção de saúde. Sendo assim, as atividades citadas se referem a hábitos de vida como alimentação adequada, prática de atividade física, além de fatores como religiosidade, independência financeira e suporte familiar e social.

Essa abordagem de autocuidado relacionado à promoção de saúde está de acordo com as definições de autocuidado apresentadas nesse trabalho, que explicitam a relação entre o ato de um idoso cuidar de si mesmo e a busca pelo bem-estar, a otimização da capacidade cognitiva, a manutenção da capacidade funcional e, conseqüentemente, a manutenção da autonomia e independência desse idoso.

Também foi possível observar a importância da análise das condições socioeconômicas e culturais em que o idoso vive, tornando possível compreender, de forma abrangente e contextualizada, as práticas de autocuidado mantidas por ele, e a influência de fatores como escolaridade, renda, suporte familiar e afetivo, religiosidade, entre outros.

Compreendendo o contexto em que o idoso vive, a forma como ele percebe sua saúde e as atitudes que mantém para assegurá-la, é possível evitar que o autocuidado seja abordado apenas sob a forma prescritiva, diretamente ligado ao adoecimento, e seja visto como uma possibilidade efetiva de promover ou recuperar a capacidade funcional, a autonomia e independência dos idosos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACURCIO, F.A. *et al.* Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. **Rev Assoc Med Bras.** Belo Horizonte, v. 55, n. 4, p. 468-474, jul./ago. 2009.

ALENCAR, M.S.S. *et al.* Os aportes sócio-políticos da educação nutricional na perspectiva de um envelhecimento saudável. **Rev Nutrição.** Campinas, v. 21, n. 4, p. 369-381, jul./ago. 2008.

BENEDETTI, T.R.B. *et al.* Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Ciência & Saúde Coletiva.** Florianópolis, v. 12, n. 6, p. 1683-1690, nov./dez. 2007.

CALDAS, C.P. O autocuidado na velhice. In: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**, 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 117, p. 1117-1121.

DOIMO, L.A. *et al.* O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva.** São Paulo, v. 13, n. 4, p. 1133-1142, jul./ago. 2008.

DUARTE, C.V. SANTOS, M.A. “E agora ... de quem cuidarei?”: o cuidar na percepção de idosas institucionalizadas e não institucionalizadas. **Psicologia: ciência e profissão.** Brasília, v. 24, n. 1. 2004.

FREITAS, E.V. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: **Tempo de envelhecer – percursos e dimensões psicossociais.** Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, cap. 1, p. 19-38.

GUIMARÃES, R.M. O envelhecimento: um processo pessoal? In: **Tratado de geriatria e gerontologia**, 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 9, p. 83-86.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A. *et al.* Envolvimentos da teoria do cuidado cultural na sustentabilidade do cuidado gerontológico. **Acta Paul Enferm.** Curitiba, v. 20, n. 3, p. 362-367, 2007.

LIMA, A.M.M. **Saúde e envelhecimento: o autocuidado como questão.** 2003. 140 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LIMA, F.E.T, ARAÚJO, T.L. Correlação dos fatores condicionantes básicos para o autocuidado dos pacientes pós-revascularização do miocárdio. **Rev. Bras. Enfermagem**. Fortaleza, v. 58, n. 5, p. 519-523, set./out. 2005.

MACIEL, A.C. Introdução. In: **Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico**. Rio de Janeiro: Revinter Ltda., 2002. p. 1-4.

MEIRELLES, M.C.C. *et al.* Avaliação de técnicas fisioterapêuticas no tratamento do linfedema pós-cirurgia de mama em mulheres. **Rev. Bras. Fisioterapia**. São Carlos, v. 10, n. 4, p. 393-399, out./dez. 2006.

MELLO, M.A.F. Terapia ocupacional gerontológica. In: CAVALCANTI, A; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação teórica & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 367-376.

NETTO, M.P. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: **Tratado de geriatria e gerontologia**, 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 1, p. 2-12.

PEREIRA, L.S.M. Avaliação pelo fisioterapeuta. In: **Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico**. Rio de Janeiro: Revinter Ltda., 2002. cap. 2, p. 43-86.

RAMOS, LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, mai./jun., 2003.

RIBEIRO, L.M, RASERA, E.F. Os idosos e o uso de próteses auditivas: identificando os repertórios interpretativos que justificam essa decisão. **Psicologia & Sociedade**. Uberlândia, v. 20, n. 3, p. 417-424, set./dez. 2008.

TOLEDO, E.H.R, DIOGO, M.J.D. Idosos com afecção onco-hematológica: ações e dificuldades no início da doença. **Rev. Latino-am Enfermagem**. Campinas, v. 11, n. 6, p. 707-712, nov./dez., 2003.