



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO**

NATHALIE PORFÍRIO MENDES

**TECNOLOGIA SOCIOEDUCATIVA DO VIDEODEBATE E
GERONTOCULTURA**

BELÉM-PA

2015

NATHALIE PORFÍRIO MENDES

**TECNOLOGIA SOCIOEDUCATIVA DO VIDEODEBATE E
GERONTOCULTURA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem: **Área de concentração:** Enfermagem no Contexto Amazônico.

Orientadora: Dr^a. Lucia Hisako Takase Gonçalves.

Coorientadora: Dra. Sandra Helena Isse Polaro.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico.

BELÉM-PA

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFPA

Mendes, Nathalie Porfírio , 1987-
Tecnologia socioeducativa do videodebate e
gerontocultura / Nathalie Porfírio Mendes. - 2015.

Orientadora: Lucia Hisako Takase
Gonçalves;
Coorientadora: Sandra Helena Isse Polaro.
Dissertação (Mestrado) - Universidade
Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belém,
2015.

1. Envelhecimento ativo. 2. Enfermagem
geriátrica. 3. Tecnologia educacional. 4.
Idosos. 5. Educação em saúde. I. Título.

CDD 22. ed. 618.97

NATHALIE PORFÍRIO MENDES

**A TECNOLOGIA SOCIOEDUCATIVA DO VIDEODEBATE COMO FORMA DE
DESENVOLVIMENTO DA GERONTOCULTURA***

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada em 26 de fevereiro de 2015, atendendo normas da legislação vigente da Universidade Federal do Pará, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Amazônico

Dra. Marília de Fatima Vieira de Oliveira
Coordenadora do PPGENF/UFPA

Banca examinadora:

Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves
Presidente - PPGENF/UFPA

Dra. Ana Cristina Viana Campos
Membro - Bolsista PNPd/CAPES - PPGENF/UFPA

Dra. Jacira Nunes Carvalho
Membro – PPGENF/UFPA

Dra. Marília de Fatima Vieira Oliveira
Suplente - PPGENF/UFPA

AGRADECIMENTOS

Especialmente **a Deus e Nossa Senhora**, que me iluminam, fortalecem, confortam e sustentam em todos os momentos da minha vida. Pela presença tão clara e forte.

A minha mãe Maria Clara, enfermeira, minha amiga e meu porto seguro. Mulher guerreira e maior exemplo de determinação, força de vontade e coragem. Ela que me apóia nas minhas escolhas, decisões e sempre acredita em mim. Ao meu pai Ronaldo, por sempre poder contar com ele e por me encorajar com suas palavras de incentivo.

A minha irmã Clarissa Mendes, enfermeira e colega do mestrado, pelo apoio, orientações e pelas experiências e alegrias divididas nesses anos.

Ao meu noivo Diego, que há cinco anos faz parte da minha vida, por todo seu amor, dedicação e ajuda na logística nos encontros do videodebate.

À minha querida orientadora Dra Lucia Hisako Takase Gonçalves, que antes de eu a ter como orientadora já a admirava a sua competência e autoridade científica que é na Gerontologia. Agradeço pelos ensinamentos, contribuições, confiança e pela presença constante em todas as etapas da pesquisa.

À minha co-orientadora, Sandra Helena I. Polaro, pelas ricas contribuições dadas no decorrer da pesquisa.

À professora Ana Cristina Campos pela atenção, contribuição e parceria nas correções e finalização da pesquisa. Obrigada por sua presença no PPGENF/UFPA, por transmitir tantos conhecimentos e experiência no campo da pesquisa.

À enfermeira Rozana Pinheiro, coordenadora do grupo de idosos “EnvelheÇarte”, obrigada pela acolhida, parceria e participação como assessora nos encontros do videodebate. Admiro o seu incansável trabalho.

À Kezia Crichi, bolsista do PIBIC- UFPA, Nadia Costa e Evelyn Tayana –mestrandas do PPGENF/UFPA, Aline Matos e Luciana Rego, enfermeiras residentes em Saúde do Idoso - HUUJBB/UFPA que me auxiliaram nos encontros de aplicação da tecnologia.

Aos idosos do grupo EnvelheÇarte que se esforçaram em participar das atividades assiduamente e foram importantes na troca de conhecimentos.

Ao CNPQ pelo financiamento do Projeto de pesquisa.

À coordenação do PPGENF/UFGA, pela disponibilidade e atenção às solicitações.

Aos amigos, que acreditam em mim e me incentivam com apoio e com palavras de carinho nos momentos difíceis. Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para que eu pudesse concluir essa etapa tão almejada e sonhada na minha vida. Gratidão!

*Desejo que você, sendo jovem,
não amadureça depressa demais
e, sendo maduro, não insista em rejuvenescer,
e que sendo velho, não se dedique ao desespero.
Porque cada idade tem o seu prazer e a sua dor e
é preciso que eles escorram entre nós.*

Victor Hugo

RESUMO

A estratégia pedagógica do videodebate ao cultivo do envelhecimento ativo foi aplicada na unidade básica de saúde junto aos usuários idosos amazônidas moradores em áreas mais periféricas da capital do estado do Pará, a Marambaia. Tal aplicação teve os objetivos de: a) identificar em reflexão grupal, as perspectivas que os idosos consideram concorrer para a própria aprendizagem do bem viver a velhice e do usufruto da cidadania plena; b) propor e desenvolver a tecnologia socioeducacional de videodebate adequando-a às diferentes perspectivas político-conceituais apontadas pelo grupo de idosos amazônidas do bairro da Marambaia para o auto-governo em busca de um envelhecimento ativo e cidadão; c) avaliar mudanças desenvolvimentais que ocorrem na pessoa dos idosos que se submeterem às práticas de aprendizagem ativa no cultivo de seu envelhecimento com qualidade; e d) avaliar a pertinência e o alcance da tecnologia socioeducacional de videodebate como estratégia de aprendizagem do como aprender a envelhecer. Dezesesseis idosos participaram assiduamente da aplicação da tecnologia do videodebate, em encontros grupais semanais por durante dois meses, compreendidos no primeiro semestre de 2014. A abordagem do estudo seguiu o método da pesquisa convergente assistencial e o processo educacional guiado pelos pilares da educação permanente da UNESCO: aprender a ser, aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a viver com os outros. Os enredos dos vídeos de curta metragem foram selecionados com base no conceito de Envelhecimento Ativo da OMS e os seus fatores determinantes. Dos resultados angariados pode-se afirmar que: a estratégia sócio-educacional do videodebate permite aos idosos refletir em grupo com seus pares, trocando ideias, aprendendo juntos e construir novos modos de bem envelhecer; o referencial dos pilares da educação permanente adotado na condução do processo de ensino-aprendizagem mostrou-se essencial, facilitando a consecução dos objetivos propostos; os idosos participantes, apesar de não serem privilegiados pelos fatores externos determinantes do envelhecimento ativo, como: situação econômica precária; ambiente físico e social de suas moradias pouco acolhedor; serviços sociais e de saúde, aquém de suas necessidades; eles demonstraram predicados

personais, além da genética e biologia, de força e determinação de auto-eficiência em adaptações às mudanças e adversidades da vida. Tais constatações se impõem implicações ao profissional enfermeiro(a) transcender o enfoque saúde-doença em suas funções junto aos idosos, para um esforço interdisciplinar e intersetorial que faça vislumbrar envelhecimento ativo e saudável com protagonismo do seu envelhecer e de emancipação.

Palavras-chave: Envelhecimento ativo; Gerontocultura; Enfermagem Gerontológica; Tecnologia socioeducacional; Videodebate; Idoso; Educação em saúde.

ABSTRACT

SOCIO-EDUCATIONAL TECHNOLOGY OF VIDEO DEBATE AND CULTURAL GERONTOLOGY

It was possible to apply the pedagogical strategy of video debate for active aging, in the basic health unit with Amazonian elderly users who live in more peripheral areas of Marambaia, state of Pará capital. Such application had the following objectives: a) to identify, in a group reflection, prospects that the elder people consider for their learning in order to enjoy old age and full citizenship usufruct. b) To propose and develop socio-educational technology of video debate adjusted to different political-conceptual perspectives, which were identified by the group of Amazonian elderly from Marambaia for self-government and searching for an active aging as a citizen. c) To assess developmental changes that occur in the elderly who undergo active learning practices in order to achieve quality aging. d) To evaluate relevance and scope of socio-educational technology on video debate as a learning strategy for aging. Sixteen elderly participated assiduously in the video debate technology use, in weekly group meetings and for over two months, included in the first semester of 2014. The study's approach followed the method of convergent care research and educational process guided by UNESCO's permanent education pillars: learning to be, learning to know, learning to do, learning to live together and learning to live with others. The selection of short films' plots based on the WHO Active Ageing concept and its determinant factors. It is worth stating from the results obtained that a socio-educational strategy of video debate allows the elderly to reflect, in groups, with their peers, exchange ideas, learn together and build new ways of aging well. Pillars reference on continuing education adopted in the teaching-learning process conduction proved to be essential and facilitated the objectives' achievement. The elderly participants were not privileged by external factors determinants of active aging such as precarious economic situation, physical and social environment of their little cozy houses, social and health services below their needs. They showed personal predicates, apart from their genetics and biology, of strength, determination and self-efficiency in adjustments to life's changes and

adversities. These findings impose implications for the professional nurses to transcend health-disease approach, on their duties, for interdisciplinary and inter-sectoral efforts to make the elderly more active, healthier, with aging social role and emancipation.

Key words: Active Aging, Cultural Gerontology, Gerontological Nursing, Socio Educational Technology, Video Debate, Elderly, Health Education.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01- Determinantes do envelhecimento ativo	23
FIGURA 02- Quesitos pesquisados no projeto cidade amiga do idoso.....	33
FIGURA 03- Fotografia registrada no 8º encontro do videodebate.....	65

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PCA – Pesquisa Convergente Assistencial

UBS – Unidade Municipal de Saúde

HIPERDIA – Programa de Hipertensão e Diabetes

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PPGENF – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

UFPA – Universidade Federal do Pará

MS – Ministério da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Objetivos.....	19
1.1.1 Geral	19
1.1.2 Específicos	19
2 SUPORTE TEÓRICO	20
2.1 Envelhecimento ativo.....	20
2.1.1 Fatores determinantes transversais: cultura e gênero.....	22
2.1.2 Fatores determinantes relacionados aos sistemas de saúde e serviço social.....	23
2.1.3 Fatores comportamentais determinantes.....	24
2.1.4 Fatores determinantes relacionados a aspectos pessoais.....	24
2.1.5 Fatores determinantes relacionados ao ambiente físico.....	25
2.1.6 Fatores determinantes relacionados ao ambiente social.....	26
2.1.7 Fatores econômicos determinantes.....	28
2.3 Educação permanente para a gerontocultura.....	34
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	38
3.1 Abordagem e objeto do estudo.....	38
3.2 O contexto e local do estudo.....	42
3.3 Os participantes da pesquisa.....	43
3.4 Procedimentos prévios à aplicação da tecnologia do videodebate.....	44
3.5 Procedimentos de aplicação da tecnologia do videodebate.....	45
3.6. Procedimentos de avaliação de mudanças desenvolvimentais e desempenho da tecnologia do videodebate.....	46
3.7. Aspectos éticos de pesquisa com seres humanos.....	48
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
4.1 Caracterização dos participantes.....	50
4.2 Estilo de vida.....	52

4.3 Princípios da educação permanente.....	53
4.3.1 Aprender a ser.....	54
4.3.2 Aprender a conhecer.....	56
4.3.3 Aprender a fazer.....	57
4.3.4 Aprender a viver juntos.....	62
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM..	83
REFERÊNCIAS.....	85
ANEXOS.....	93
APÊNDICES.....	106

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é definido por Papaléo Netto (2011) como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando sobretudo maior vulnerabilidade às condições de cronicidade.

No Brasil, a população idosa é em média 10,6% no censo de 2010. Dobrou nos últimos 50 anos e estima-se que em 2020 chegue a cerca de 15% da população geral e em 2050 suba para 18%, totalizando um número aproximando de 47 milhões de idosos (MARTINS, MASSAROLLO, 2008; CAMARANO, 2011).

Entre as regiões do Brasil, a Região Sudeste liderava as demais, com 12,7% do total, enquanto a Região Norte apresenta o menor número de idosos, com 7,1% da população idosa (IBGE, 2010).

Na Região Norte, segundo o Censo de 2010, residem 1.081.469 pessoas idosas com 60 anos ou mais. O Pará ocupa o primeiro lugar em números absolutos, com 535.135 pessoas idosas, o que equivale a 7,1% de sua população total, com domicílios distribuídos em todos os municípios, principalmente em bairros das grandes cidades, incluindo a zona rural, ilhas fluviais e zonas ribeirinhas (IBGE, 2010).

Os dois últimos censos demográficos (2000 e 2010) apresentaram o aumento dos anos de vida das pessoas no estado do Pará. No ano de 2000 o número de idosos naquele estado foi de 356.562 e no ano de 2010 foi de 533.098. No ano de 2000 o censo não contabilizou o número de idosos com idade acima de 80 anos; no ano de 2010 o número de idosos com idade acima de 80 anos foi 66.207, um aumento significativo da expectativa de vida.

Dessa forma, o Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica em que as condições de cronicidade ocupam lugar de destaque. O incremento das doenças crônicas exigirá adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender as crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (MENDES, 2011).

Na área da saúde, essa rápida transição demográfica e epidemiológica traz grandes desafios, pois é responsável pelo surgimento de novas demandas de

saúde, especialmente a “epidemia de condições crônicas e de incapacidades funcionais”, resultando em maior e mais prolongado uso de serviços de saúde (MENDES, 2012). Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi gradualmente fortalecendo-se, chegando a constituir-se na porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e ponto de partida para estruturar seus sistemas locais. Essa estruturação do modelo assistencial visa a dar maior qualidade ao processo de cuidado e educação ao idoso, buscando manter sua vida e saúde, convivendo em família e na própria comunidade.

Dentre os profissionais atuantes na APS temos o enfermeiro, apto a desenvolver atitudes efetivas e de impacto profundo na atenção à vida e saúde dos idosos, atitudes essas relacionadas a cuidar e educar o ser humano. Tal situação leva-nos a enfatizar a necessidade de efetiva assistência básica de saúde que privilegie principalmente o caráter educativo e de proteção da vida e saúde na comunidade voltada para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas e suas respectivas famílias, principalmente aquelas vivendo em comunidades periféricas de grandes cidades, em meio a pobreza, falta de segurança e violência urbana e intrafamiliar, onde os anseios da coletividade de plenos direitos de cidadania ainda deixam muito a desejar (OMS, 2003; MEIRA *et al.*, 2008; MINAYO, 2005; POLARO, 2011).

Uma das condições a serem superadas no tocante à população idosa é assegurar acesso aos serviços com práticas criativas e transformadoras, adotando tecnologias específicas socioeducacionais de modo a contemplar, na atenção à pessoa idosa, cuidados que se fundamentem nas mudanças normais e patológicas que soem acontecer nas dimensões biológica, psicológica, político-econômica, sociocultural e espiritual, entre outras, do processo de envelhecimento.

Em decorrência da transição demográfica brasileira a partir da metade da década de 80, com maioria do estrato jovem, para o início do século XXI, com queda da taxa de jovens e crescimento de adultos e idosos, estes últimos também com aumento da longevidade, várias políticas públicas e programas foram pensados e publicados desde 1994. São elas: Lei nº 8.842 sobre Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1996); a Lei nº 10.741 sobre Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003); a Portaria nº 2.528 de 2006, sobre Política Nacional de Saúde de Pessoas Idosas, atualização da anterior, de 1999; e a partir da promulgação do Pacto Pela Vida, a saúde do idoso passa a ser uma das prioridades do SUS e, por consequência, da Estratégia

de Saúde da Família como porta de entrada dos usuários ao Sistema (BRASIL, 2006).

Contudo, no município de Belém e em outros municípios mais povoados, tanto nas unidades básicas municipais de saúde como nas unidades de saúde da família, a atenção prestada ao usuário idoso acontece ainda de modo fragmentado, com falta de efetividade das ações nos programas em funcionamento, distante dos preceitos do SUS.

Considerando ser recente a inclusão da atenção da população idosa no SUS, a complexidade na efetivação dessa atenção às múltiplas especificidades dos contextos cultural e sociogeográfico, a realidade do cotidiano da atenção básica de saúde com foco no usuário idoso e respectiva família tem-se mostrado caótica, demonstrando ser quase impossível prestar um cuidado de qualidade, como: promover o envelhecer ativo; compensar incapacidades e limitações comuns da velhice; prover apoio e controle do curso da vida enquanto se envelhece; facilitar o processo de cuidar da vida e da saúde; e cuidar e apoiar a família cuidadora (ALMEIDA, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2011).

Do exposto, depreende-se a complexidade da questão em pauta, induzindo-nos a enfatizar a necessidade de um esforço conjunto, de caráter intersetorial, dos profissionais conhecerem as condições de vida e saúde, história de vida de cada membro da população idosa, em seu processo de envelhecimento contemplando a história cultural familiar, além das especificidades do contexto sociogeográfico e cultural.

Independentemente das questões de saúde ainda não resolvidas que emergem na população idosa, também se observa que as pessoas estão envelhecendo bem e vivendo mais, convivendo em estado de cronicidade, muitas vezes com afecções sobrepostas, mas levando uma vida independente em até 75% a 85% na população geral idosa. Portanto, a educação é o investimento essencial na manutenção desse *status quo*. Cabe a esses próprios idosos ativos e independentes buscar o protagonismo de seu próprio envelhecer ativo e com mais qualidade (VERAS, 2011; 2012; MENDES, 2012).

Com base em tal concepção, a gerontocultura pela educação se torna necessária. A humanidade nunca envelheceu na extensão que se observa hoje, sendo, portanto, preciso que a população se disponha a aprender a melhor envelhecer. O cultivo da velhice se torna essencial, devendo-se investir em

empreendimentos criativos que sejam multiplicadores para toda a população idosa. Assim, para o presente estudo, estabeleceu-se a questão de pesquisa:

As experiências da tecnologia cuidativo-educacional do videodebate são praticáveis, passíveis de produzir nos idosos amazônidas, usuários dos serviços de saúde, o protagonismo de um envelhecer ativo e com qualidade cada vez melhor?

Considerando a prática bem-sucedida na Região Sul (SIEDLER, 2006) de uso da estratégia pedagógica do videodebate no cultivo da própria velhice, entre o alunado idoso numa universidade aberta da terceira idade, pretende-se aqui replicar a experiência em contexto diverso daquele, com idosos amazônidas morando em áreas mais periféricas da capital do estado do Pará, a Marambaia. O presente trabalho foi oportuno e proporcionou benefícios educacionais, sobretudo oportunidades de estímulo da cognição, memória e reflexão sobre a própria vida, com vistas à motivação para viver bem a velhice, valorizando o idoso no exercício de sua cidadania e socialidade.

O *Videodebate em Gerontologia* se apresenta como uma estratégia entre outras, para abordar mudanças na vida cotidiana das pessoas idosas intervindo de forma educativa na percepção de seu viver envelhecendo no contexto familiar e social. É um meio prazeroso de desencadear discussões de aspectos relevantes do processo de desenvolvimento na velhice, porque o que é reproduzido na tela pode ser relacionado com a experiência de vida que cada um traz consigo, podendo auxiliar na reflexão sobre a essência de vida, evidenciando que abaixo das aparências há o desconhecido a ser repensado (SIEDLER, 2013).

Os filmes têm a capacidade de mobilizar o ser humano de forma efetiva pela imagem, música e temática do enredo. Essa mobilização promove, facilita e reforça reflexões posteriores quando encontra eco em reuniões grupais, para discutir eventos da vida que o filme sugere, contribuindo para o desenvolvimento da compreensão, tolerância, respeito mútuo, solidariedade e cooperação na busca por soluções de problemas do cotidiano. Encontra-se num mundo audiovisual, com muitas solicitações em termos de imagem com informações dispersas sem a devida transformação em conhecimentos, em meio a uma população ávida por atualização e inserção no mundo globalizado. A aquisição de conhecimentos pelos idosos, para o seu próprio benefício, de modo sistematizado e dirigido, valendo-se de recursos tecnológicos cinematográficos, pode representar uma escola de vida. Integrar

tecnologias com novas linguagens e novos paradigmas para a educação significa adotar uma visão mais ampla do ato educativo (SIEDLER, 2013).

Para responder a questão de pesquisa tivemos como objetivos os abaixo relacionados.

1.1 OBJETIVOS

GERAL

- Avaliar as possíveis mudanças desenvolvimentais que ocorrem na pessoa dos idosos que se submeterem às práticas de aprendizagem ativa no cultivo de seu envelhecimento.

ESPECÍFICOS

- Identificar, em reflexão grupal, as perspectivas que os idosos consideram concorrer para a própria aprendizagem do bem-viver a velhice e do usufruto da cidadania plena;
- Propor e desenvolver a tecnologia socioeducacional de videodebate, adequando-a às diferentes perspectivas apontadas pelo grupo de idosos amazônidas para o autogoverno em busca de um envelhecimento ativo e cidadão;
- Avaliar a pertinência e o alcance da tecnologia socioeducacional de videodebate como estratégia de aprendizagem do como aprender a envelhecer.

2. SUPORTE TEÓRICO

2.1. ENVELHECIMENTO ATIVO

Para o cultivo de um bom envelhecimento pressupõe-se um processo contínuo de aprender a viver envelhecendo por toda a vida. Para tal incursão reflexiva, os preceitos conceituais e políticos de Envelhecimento Ativo veiculados pela Organização Mundial da Saúde (2005) fornecem fundamento do pensar o envelhecimento humano e o envelhecimento das populações. Já quanto à educação, encontramos inspiração nas estratégias orientadoras da educação permanente para o século XXI, inscritos no Relatório da UNESCO, Delors (2000 e 2010).

A definição de idoso se configura de modo diverso segundo a óptica de viver em países em desenvolvimento ou em países desenvolvidos. Do aspecto etário, nos países em desenvolvimento são consideradas idosas as pessoas com 60 anos e mais; nos países desenvolvidos, são idosas as pessoas com 65 anos e mais. Tal definição, estabelecida pela Organização das Nações Unidas por meio da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, baseou-se na expectativa de vida ao nascer, prevalentes nos dois grupos, e a qualidade de vida que as nações propiciam aos seus cidadãos (SANTOS, 2010).

O idoso é considerado saudável quando é capaz de funcionar sozinho, de forma independente e autônoma, mesmo que sofra de doenças. Autonomia é a capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras; independência refere-se à capacidade de realizar algo com os próprios meios (MORAES, 2012).

A definição de saúde é extremamente variável, muitas vezes subjetiva e facilmente confundida com ausência de doença. A saúde do idoso está relacionada à capacidade do idoso de se manter ativo. O termo “ativo” não está relacionado apenas à capacidade de estar fisicamente ativo ou fazer parte da força de trabalho. É muito mais que isso: refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis (OMS, 2005).

O envelhecimento ativo é uma proposta política que a Organização Mundial da Saúde (OMS) empenha-se em estimular os países a oferecer

oportunidades de melhoria de qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem através da otimização de oportunidades de saúde, participação social e segurança durante toda a vida. Necessita tanto atuar em fatores que melhorem a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da população, quanto estimular famílias a se planejarem e se prepararem para adotar postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida, a fim de que o envelhecimento das pessoas se torne uma experiência positiva (OMS, 2005).

O termo “envelhecimento ativo” foi cunhado pela OMS no final dos anos 90 e procura transmitir uma mensagem mais abrangente que “envelhecimento saudável” e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (OMS, 2005).

O envelhecimento ativo depende de vários fatores de influências e fatores determinantes que regulam indivíduos, famílias e países. Os fatores são condições materiais e sociais que afetam tipos individuais de comportamento e sentimento. Para a OMS (2008), esses fatores, individualmente e combinados uns com outros, exercem um papel importante sobre o envelhecimento de cada indivíduo. Os fatores devem ser entendidos numa perspectiva durante o curso da vida, num grupo heterogêneo, formado por idosos que guardam diferenças entre si. Muitos aspectos do ambiente urbano e dos serviços refletem esses determinantes, conforme a Figura 1.

Figura 1: Determinantes do envelhecimento ativo



FONTE: OMS 2008

Os fatores determinantes relacionados ao envelhecimento ativo são descritos a seguir.

2.1.1 Fatores determinantes transversais: cultura e gênero

A cultura é um fator determinante transversal dentro da estrutura para compreender o envelhecimento ativo. Abrangendo todas as pessoas e populações, a cultura modela nossa forma de envelhecer, pois influencia todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo (OMS, 2005).

Os valores culturais e as tradições determinam muito como uma sociedade encara as pessoas idosas e o processo de envelhecimento.

Segundo a OMS, quando atribuem sintomas de doença ao processo de envelhecimento, as sociedades têm menor probabilidade de oferecer serviços de prevenção, detecção precoce e tratamento apropriado (OMS, 2005).

É necessário desmitificar estereótipos ultrapassados e informações errôneas. Além disso, há valores universais essenciais que transcendem a cultura, tais como a ética e os direitos humanos (OMS, 2005).

Quanto ao gênero, a OMS relata que, em muitas sociedades, as mulheres jovens e adultas têm status social inferior e acesso mais restrito a alimentos nutritivos, educação, trabalho significativo e serviços de saúde (OMS, 2005).

O papel tradicional das mulheres como responsáveis pelos cuidados com a família também pode contribuir para aumentar a pobreza e problemas de saúde quando ficam mais velhas. Algumas mulheres são forçadas a largar o trabalho remunerado para assumir os cuidados com a família. Outras nunca têm acesso ao trabalho remunerado, já que cuidam de filhos, pais idosos, cônjuges e netos em tempo integral (OMS, 2005).

Por outro lado, homens jovens e adultos estão mais sujeitos a lesões incapacitantes ou morte devido à violência, aos riscos ocupacionais e ao suicídio. Também assumem comportamentos de maior risco, como fumar, consumir bebidas alcoólicas e drogas e se expor desnecessariamente ao risco de lesões (OMS, 2005).

2.1.2 Fatores determinantes relacionados aos sistemas de saúde e serviço social

Para promover o envelhecimento ativo, os sistemas de saúde necessitam ter uma perspectiva de curso de vida que vise à promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo a cuidado primário e de longo prazo de qualidade (OMS, 2005).

Os serviços sociais e de saúde precisam ser integrados, coordenados e eficazes em termos de custos. É indispensável a promoção de saúde e prevenção de doenças em todos os níveis de atenção à saúde, porque as pessoas estão sob crescente risco de desenvolver doenças conforme envelhecem (OMS, 2005).

Apesar de grandes esforços na promoção da saúde e prevenção de doenças, as pessoas continuam sob riscos de desenvolver doenças no processo de envelhecimento. Por isso, o acesso aos serviços curativos é indispensável (OMS, 2005).

À medida que a população envelhece a demanda por medicamentos que retardem e tratem doenças crônicas, aliviem a dor e melhorem a qualidade de vida continuará a aumentar. Essa situação implica um esforço renovado para garantir o acesso aos medicamentos essenciais e seguros e a utilização adequada e custo eficaz das drogas atuais e novas. A parceria nesse esforço precisa incluir governos, profissionais da saúde, indústria farmacêutica, terapeutas tradicionais, empresas e organizações que representam os idosos (OMS, 2005).

A assistência de longo prazo é outro fator determinante relacionado aos sistemas de saúde e serviço social. A assistência de longo prazo abrange sistemas de apoio formais e informais (OMS, 2005).

Os sistemas de apoio formais incluem ampla variedade de serviços comunitários (saúde pública, cuidados básicos, tratamento domiciliar, serviços de reabilitação e tratamento paliativo), assim como tratamento institucional em asilos e hospitais para doentes terminais. Os sistemas formais referem-se também aos tratamentos que interrompem ou revertem o curso da doença e da deficiência. Os sistemas de apoio informal é do tipo voluntário que geralmente está relacionado aos cuidados familiares (OMS, 2005).

Os serviços de saúde mental desempenham também um papel crucial no envelhecimento ativo e deve compor uma parte integral na assistência ao longo prazo (OMS, 2005).

2.1.3 Fatores comportamentais determinantes

A adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde são importantes em todos os estágios da vida (OMS, 2005).

Um dos mitos do envelhecimento é que é tarde demais para se adotar esses estilos nos últimos anos de vida. Pelo contrário: o envolvimento em atividades físicas adequadas, alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool, e usar medicamentos sabidamente podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentando a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo (OMS, 2005).

Além de retardar declínios funcionais, a participação regular e moderada em atividades físicas diminui o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos. Uma vida ativa melhora a saúde mental e frequentemente promove contatos sociais. A atividade pode ajudar pessoas idosas a se manterem independentes o máximo possível por maior período de tempo. Além do mais, os custos médicos são significativamente menores para as pessoas idosas ativas (OMS, 2005). Logo, há importantes benefícios econômicos quando os idosos são fisicamente ativos. Assim, , merece consideração a existência cada vez maior de políticas e programas que estimulam as pessoas inativas a se tornarem ativas à medida que envelhecem, garantindo oportunidade para tal (OMS, 2005).

2.1.4 Fatores determinantes relacionados a aspectos pessoais

Entre os fatores determinantes do envelhecimento ativo encontram-se os fatores psicológicos e os fatores relacionados com a biologia e a genética (OMS, 2005), que .

têm influência sobre o processo de envelhecimento (OMS, 2005).

No entanto, a razão principal de os idosos ficarem doentes com mais frequência do que os jovens é que, devido à vida mais longa, foram expostos por mais tempo a fatores externos, comportamentais e ambientais que causam doenças. Os genes podem estar envolvidos na etiologia de doenças; entretanto a causa de muitas é mais ambiental e externa do que genética e interna (GRAY 1996 apud OMS 2005).

Considerando todas as evidências, há um consenso geral de que a trajetória de saúde e doença de um indivíduo por toda sua vida é o resultado de uma combinação genética, ambiental, de estilo de vida, nutrição e, em grande parte, de sorte (OMS, 2005).

Os fatores psicológicos, que incluem a inteligência e capacidade cognitiva (por exemplo: a capacidade de resolver problemas e de se adaptar a mudanças e perdas) são indícios fortes de envelhecimento ativo e longevidade (OMS, 2005).

Durante o processo de envelhecimento normal, algumas capacidades cognitivas (por exemplo: a rapidez de aprendizagem e memória) podem diminuir. Essas perdas podem ser compensadas por ganhos em sabedoria, conhecimento e experiência (OMS, 2005).

Frequentemente, o declínio no funcionamento cognitivo é provocado pelo desuso (falta de prática), doenças (como depressão), fatores comportamentais (como consumo de álcool e medicamentos), fatores psicológicos (como falta de motivação, de confiança e baixas expectativas), e fatores sociais (como a solidão e o isolamento), mais do que o envelhecimento em si (OMS, 2005).

Outros fatores psicológicos adquiridos ao longo do curso da vida têm grande influência no modo como as pessoas envelhecem. Por exemplo: autossuficiência (a crença na capacidade de exercer controle sobre a sua própria vida) está relacionada às escolhas pessoais de comportamento durante o processo de envelhecimento. Também o saber superar adversidades determina o nível de adaptação a mudanças e a crises do processo de envelhecimento (OMS, 2005).

2.1.5 Fatores determinantes relacionados ao ambiente físico

Ambientes físicos adequados à idade podem representar a diferença entre a independência e a dependência para todos os indivíduos, mas especialmente para aqueles em processo de envelhecimento. Por exemplo: pessoas idosas que moram em ambientes ou áreas de risco com múltiplas barreiras físicas saem, provavelmente, com menos frequência, e, por isso, estão mais propensas ao isolamento, depressão, menor preparo físico e mais problemas de mobilidade (OMS, 2005).

Atenção especial deve ser dispensada aos idosos que moram em áreas rurais, onde os tipos de doença podem ser diferentes em função das condições do ambiente e da falta de serviço de ajuda disponível (OMS, 2005).

Serviços de transporte público acessíveis e baratos são necessários em áreas rurais e urbanas, de modo a que pessoas de todas as idades possam participar integralmente na vida da família e da comunidade. Isso é especialmente importante para os idosos com problemas de mobilidade (OMS, 2005).

Para o idoso, a localização, incluindo a proximidade de membros da família, serviços e transporte podem significar a diferença entre uma interação social positiva e o isolamento (OMS, 2005).

Os padrões de construção devem levar em conta as necessidades de saúde e de segurança das pessoas idosas, como os obstáculos nas residências que aumentam o risco de quedas (como tapetes e passadeiras escorregadios, objetos de decoração e mobiliário com quinas e pontas) precisam ser corrigidos ou removidos (OMS, 2005).

A queda de pessoas idosas é causa crescente de lesões, gastos com tratamento e morte. Os obstáculos dos ambientes que aumentam os riscos de queda incluem pouca iluminação, pisos irregulares ou escorregadios e a falta de corrimão para apoio. Estas quedas ocorrem frequentemente no ambiente da casa e podem ser evitadas (OMS, 2005).

Pode-se prevenir a grande maioria das lesões, embora a percepção tradicional de que sejam “acidentes” resulte numa negligência histórica nessa área de saúde pública (OMS, 2005).

2.1.6 Fatores determinantes relacionados ao ambiente social

Apoio social, oportunidades de educação e aprendizagem permanente, paz e proteção contra violência e maus-tratos são fatores essenciais do ambiente social que estimulam a saúde, participação e segurança, à medida que as pessoas envelhecem. Já a solidão, isolamento social, analfabetismo e falta de educação, maus-tratos e exposição a situações de conflito aumentam muito os riscos de deficiências e morte precoce (OMS, 2005).

O apoio social inadequado está associado não apenas a um aumento em mortalidade, morbidade e problemas psicológicos, mas também a uma diminuição

na saúde e no bem-estar em geral. O rompimento de laços pessoais, solidão e interações conflituosas são as maiores fontes de estresse, enquanto relações sociais animadoras e próximas são fontes vitais de força emocional (OMS, 2005).

O isolamento social e a solidão na velhice estão ligados a um declínio físico e mental (OMS, 2005).

Autoridades, organizações não governamentais, indústrias privadas e profissionais de serviço social e de saúde podem ajudar a promover redes de contatos sociais para as pessoas idosas a partir de sociedades de apoio tradicionais e grupos comunitários liderados pelos idosos, trabalho voluntário, ajuda da vizinhança, visitas em parceria, cuidadores familiares, programas que promovam a interação entre gerações e serviços comunitários (OMS, 2005).

Os idosos frágeis ou que vivam sozinhos podem sentir-se particularmente vulneráveis a crimes como furto ou agressão. Uma forma bastante comum de violência é o abuso do idoso, cometido por membros da família ou acompanhantes formais bem conhecidos da vítima (OMS, 2005).

Os maus-tratos contra idosos incluem tanto o abuso físico, sexual, psicológico e financeiro, quanto a negligência. Os próprios idosos percebem o abuso como os seguintes fatores sociais: negligência (exclusão social e abandono), violação (dos direitos humanos, legais e médicos) e privação (de escolhas, decisões, status, dinheiro e respeito). O abuso ao idoso é uma violação dos direitos humanos e uma causa relevante de lesões, doenças, perda de produtividade, isolamento e desespero. Em geral, em todas as culturas, é pouco denunciado (OMS, 2005).

Combater e reduzir os maus tratos contra idosos exige uma abordagem multissetorial, multidisciplinar, que envolve oficiais de justiça, funcionários do poder executivo, trabalhadores do serviço social e de saúde, líderes trabalhistas, líderes espirituais, instituições religiosas, organismos de defesa e os próprios idosos. Também são necessários esforços sustentados para aumentar a consciência pública sobre esses problemas e para mudar valores que perpetuem atitudes preconceituosas (OMS, 2005).

Existe uma grande necessidade e urgência em serem desmontados os estereótipos negativos ligados ao envelhecimento, assim como devem ser mudadas as mentalidades e atitudes que ainda condicionam uma abordagem mais adequada dos problemas, direitos e necessidades da população idosa (OMS, 2005).

A educação em idade mais jovem, combinada com oportunidades de aprendizagem permanente, pode ajudar as pessoas a desenvolverem habilidades e a confiança que precisam para se adaptar e permanecer independentes à medida que envelhecem (OMS, 2005).

Alguns estudos demonstraram que problemas de emprego entre trabalhadores mais velhos são, em geral, causados por sua pouca alfabetização e não pelo envelhecimento em si. Se quisermos que os indivíduos se mantenham envolvidos em atividades físicas relevantes e produtivas enquanto envelhecem, há necessidade de um treino contínuo no ambiente de trabalho e de oportunidades de aprendizagem permanente na comunidade (OMS, 2005).

2.1.7 Fatores econômicos determinantes

Três aspectos do ambiente econômico afetam particularmente o envelhecimento ativo: a renda, o trabalho e a proteção social. As políticas de envelhecimento ativo precisam ser cruzadas com projetos mais amplos para reduzir a pobreza em todas as idades (OMS, 2005).

Alguns estudos demonstram que idosos com baixa *renda* têm apenas cerca de 30% de probabilidade de apresentar altos níveis funcionais em comparação com aqueles com renda elevada (OMS, 2005).

Em relação à proteção social são as famílias que providenciam a maior parte do auxílio para idosos que precisam de ajuda. Contudo, à medida que as sociedades se desenvolvem e a tradição de convivência entre as gerações no mesmo ambiente começa a mudar, os países são cada vez mais chamados a desenvolver mecanismos que deem proteção social a idosos incapazes de ganhar a vida, solitários e vulneráveis (OMS, 2005).

As reformas políticas favorecem uma abordagem com vários fundamentos, que mistura apoio estatal e privado na segurança para a velhice e encoraja o trabalho por mais tempo e a reforma gradual (OMS, 2005).

Em todo o mundo, se as pessoas pudessem ter, o quanto antes em sua vida, oportunidades de trabalho digno (com remuneração adequada, em ambientes apropriados e protegidos contra riscos), iriam chegar à velhice ainda capazes de participar da força de trabalho. Assim, toda a sociedade se beneficiaria (OMS, 2005).

Em todas as partes do mundo aumenta o reconhecimento da necessidade de se apoiar a contribuição ativa e produtiva que idosos podem dar e fazem no trabalho formal, informal, nas atividades não remuneradas em casa e em ocupações voluntárias (OMS, 2005).

Em todos os países, idosos qualificados e experientes atuam como voluntários em escolas, comunidades, instituições religiosas e comerciais e organizações políticas e de saúde. O trabalho voluntário beneficia os idosos ao aumentar seus contatos sociais e seu bem-estar psicológico, ao mesmo tempo em que oferece relevante contribuição para as comunidades e nações (OMS, 2005).

Nos países em desenvolvimento e nos desenvolvidos, os idosos algumas vezes se responsabilizam pela administração do lar e pelo cuidado com crianças, de forma a permitir que os adultos jovens possam trabalhar fora de casa (OMS, 2005).

Portanto, o envelhecimento ativo implica uma atitude preventiva e promotora da saúde e da autonomia, que envolvem aspectos indissociáveis como: a prática de atividade física moderada e regular, alimentação saudável, não fumar, consumo moderado de álcool, promoção dos fatores de segurança e manutenção da participação social. Do mesmo modo, importa reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potencializadora dos recursos existentes e dinamizadora de ações cada vez mais próximas dos cidadãos (OMS, 2005).

Um projeto de envelhecimento ativo, políticas e programas que promovem a saúde mental e relações sociais são tão importantes quanto aquelas que melhoram as condições físicas de saúde. Manter a autonomia e a independência durante o processo de envelhecimento deve ser a meta principal para indivíduos usuários da saúde e para governantes. O envelhecimento ocorre dentro de um contexto que envolve outras pessoas, tais como amigos, colegas de trabalho, vizinhos e membros da família. Dentro desse contexto, a OMS (2005) define os conceitos de interdependência e solidariedade entre gerações como princípios relevantes para o envelhecimento ativo.

As políticas e programas que estimulam o envelhecimento ativo e permitem que pessoas idosas continuem a trabalhar, de acordo com as suas preferências, tornam-se uma necessidade porque a maioria delas precisa continuar

a trabalhar no mercado formal e informal para ajudar na renda familiar, representando um recurso vital também para a comunidade.

Os idosos que se aposentam e os que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.

Alinhado aos esforços da OMS, em 2006 o governo brasileiro instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) propondo o atendimento às especificidades da população idosa, buscando implantar ações promotoras do envelhecimento ativo. Tem como finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Estabelece como compromissos: (a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e (c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento.

O aumento da expectativa de vida e da longevidade tem exigido das políticas públicas maior especificidade às demandas peculiares da população idosa.

As diretrizes da PNSPI (2006) estão assim definidas:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

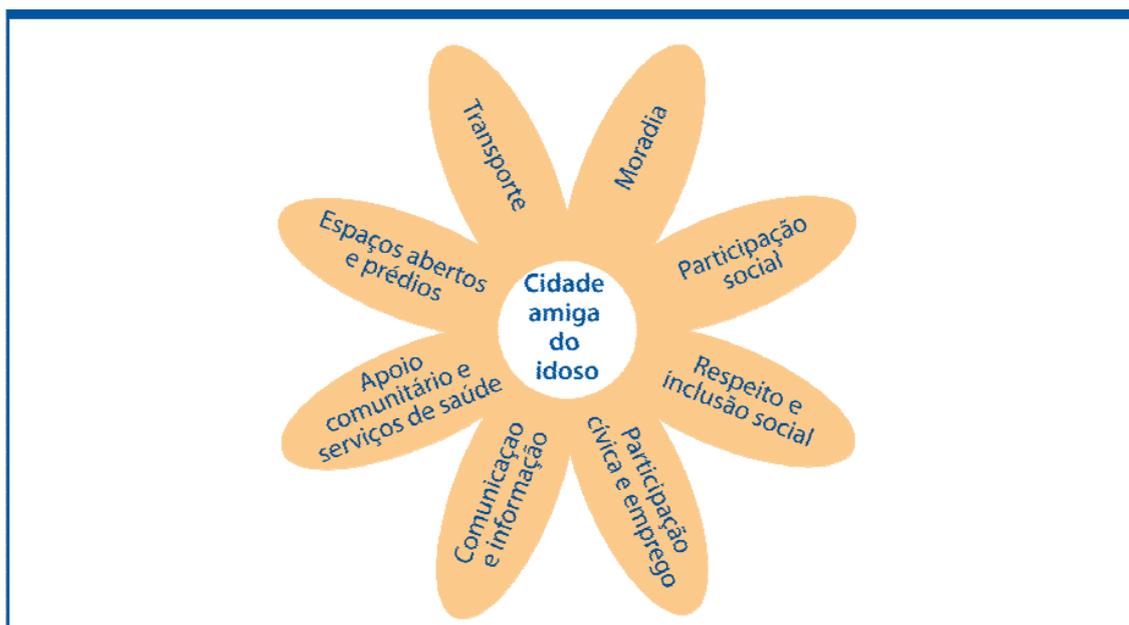
É esperado que indivíduos e suas famílias planejem e se preparem para a velhice, ao mesmo tempo que os ambientes de apoio e os órgãos públicos sociais proporcionem o lazer fazendo com que essas opções sejam mais acessíveis.

Os habitantes de países em desenvolvimento precisam adaptar-se mais rapidamente às novas demandas da sociedade, devido ao crescimento acelerado da população idosa que não tem acompanhado o ritmo do desenvolvimento socioeconômico. Segundo a OMS (2005), na maior parte do mundo desenvolvido, o envelhecimento da população foi um processo gradual acompanhado de crescimento socioeconômico constante durante muitas décadas e gerações. Já nos países em desenvolvimento, esse processo de envelhecimento está sendo acelerado há duas ou três décadas. Assim, enquanto os países desenvolvidos tornaram-se ricos antes de envelhecerem, os países em desenvolvimento estão envelhecendo antes de obterem um aumento substancial em sua riqueza.

Para que o envelhecimento tenha qualidade e tenha experiências melhores é necessário que os indivíduos tenham oportunidades de saúde, lazer, segurança e participação social ao longo do ciclo vital. O envelhecimento deve ocorrer com saúde, de forma ativa e sem qualquer tipo de dependência. É um desafio criar habilidades para produzir mudanças nas políticas públicas que respondam as reais necessidades e expectativas da população idosa.

Em 2008 a OMS divulgou um guia global denominado *Cidade Amiga do Idoso*, no qual reforça a necessidade de os países utilizarem as propostas estabelecidas pela política de saúde do envelhecimento ativo, com o objetivo de ajudar as cidades a se avaliarem sob a óptica dos idosos a fim de identificar onde elas podem ser mais amigáveis aos idosos. A cidade amiga é aquela que estimula o envelhecimento ativo, otimizando as oportunidades de saúde, participação e segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Questionados em algumas grandes capitais do mundo, os idosos tiveram como principais questões e preocupações oito aspectos da vida urbana: espaços abertos e prédios; transporte; moradia; participação social; respeito e inclusão social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; e apoio comunitário e serviços de saúde, como se demonstra na figura 1.

Figura 2: Quesitos pesquisados no projeto cidade amiga do idoso



Fonte: OMS – 2008

Esses aspectos foram abordados pelos idosos nos grupos focais, nos quais se encontravam deficientes ou encontraram problemas, mas que são essenciais para a saúde, participação e segurança e consequentemente importantes para uma vida e velhice com qualidade.

Convém reforçar que os espaços públicos, edificações, sistema de transporte e condições de moradia da cidade contribuem para uma mobilidade segura, um comportamento saudável, para a participação social e para a autodeterminação. Uma ampla gama de oportunidades de participação social estimula relações sociais fortes e dá poder às pessoas. O empoderamento e a autoestima são reforçados por uma cultura que reconhece, respeita e inclui os idosos. Informações relevantes em formatos apropriados também contribuem para o empoderamento pessoal e comportamentos saudáveis. Serviços de saúde acessíveis e bem coordenados influem diretamente na saúde e no comportamento dos idosos (OMS, 2008).

Segundo a OMS (2008), numa cidade amiga do idoso, políticas, serviços, ambientes e estruturas dão apoio e capacitam as pessoas a envelhecer ativamente porque:

- reconhece a ampla gama de capacidades e recursos entre os idosos;
- prevê e responde, de maneira flexível, às necessidades e preferências relacionadas ao envelhecimento;

- respeita as decisões dos idosos e o estilo de vida que escolheram;
- protege aqueles que são mais vulneráveis e
- promover a sua inclusão e contribuição a todas as áreas da vida comunitária.

Uma cidade amigável aos idosos é uma resposta necessária e lógica para promover o bem-estar e conseqüentemente mantém as cidades mais prósperas. Considera-se que o envelhecimento ativo é um processo de toda a vida, e uma cidade amiga do idoso é uma cidade para todas as idades. Portanto, busca-se estimular as cidades/bairros a proporcionar e/ou melhorar as oportunidades de saúde, participação e segurança, estimulando uma cultura que reconhece, respeita e inclui os idosos.

Portanto, como podemos ajudar pessoas a permanecerem independentes e ativas à medida que envelhecem? Como estimular o bem-estar subjetivo do idoso? Como motivá-los a serem participativos e autônomos? Urge produzir atividades, projetos e políticas públicas que se direcionem a atender a vida e a saúde da pessoa idosa, criando ou ampliando as redes de suporte na comunidade.

A Organização Mundial de Saúde (2005) sugere que os profissionais da saúde liderem projeto de reformulação de política e programas ligados ao envelhecimento, se realmente quisermos que pessoas da terceira idade sejam saudáveis e continuem a representar um recurso para as suas famílias, comunidades e economias.

Na promoção do envelhecimento ativo, saudável, com autonomia e independência possível, é necessário que a gerontocultura seja incentivada e fortalecida pela educação, porquanto a humanidade nunca vivenciou o envelhecimento na extensão que se vive hoje. É preciso que a população se disponha a aprender a envelhecer melhor e a cultivar a velhice. Tornam-se, pois, necessários investimentos gerontológicos de criação e ou recriação de projetos tecnológicos de gerontocultura e que se multipliquem para toda a população idosa.

Portanto, é imprescindível que os anos vividos durante toda a vida, mormente na fase idosa, tenham mais qualidade e para isso é necessário aprender a envelhecer melhor, cultivando a velhice ao longo de toda a vida. Esse é o papel e o escopo da gerontocultura.

Com base na definição de cultura de Pelandré (2002), compreendemos gerontocultura como um redimensionar, um aprender a envelhecer; sendo a cultura uma ação de cultivar, fenômeno essencialmente social, criado pelo grupo e

transmitido no tempo, de geração a geração e difundido no espaço, propiciando as combinações mais ricas e complexas dos fenômenos de aculturação.

2.3. EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA A GERONTOCULTURA

O Ministério da Saúde (2007) sugeriu o trabalho em grupo com pessoas idosas como subsídio para que os profissionais de saúde possam elaborar estratégias de prevenção de doenças e promoção de saúde com o objetivo de alcançar um envelhecimento mais saudável e ativo, melhorando a qualidade de vida, especialmente da população idosa.

Considera também que o trabalho em grupo permite descobrir potencialidades e trabalhar vulnerabilidades, elevando, conseqüentemente, a autoestima. O trabalho em grupo possibilita ampliar vínculos entre equipe e pessoa idosa, sendo espaço complementar de consulta individual, de troca de informações, de oferta de orientação e de educação em saúde.

Reconhece, portanto, o trabalho em grupo como um campo propício e um espaço apropriado e privilegiado para realizar atividades de educação permanente para o cultivo de um envelhecer saudável e ativo.

É necessário que a educação permanente dirigida aos idosos tenha foco na gerontocultura, no envelhecimento ativo e saudável e seja efetivada e incentivada nos diversos campos de atuação dos profissionais de saúde. Para essa prática, consideramos que o sujeito idoso se envolve naturalmente na educação permanente, como processo concebido a qualquer pessoa (também ao idoso) como sujeito de sua vida e capaz de desenvolver-se continuamente.

Nesse sentido, no presente estudo sobre gerontocultura pela educação, assumem-se os princípios da educação permanente (DELORS et al, 2010).

Para Morin (2003) e Delors (2001), o homem, o ser humano, é um ser complexo que está no mundo e com o mundo, e é capaz de se auto-organizar e de estabelecer relações com o outro, transformando-se e transformando continuamente. Essa óptica que faz o ser humano ter a necessidade básica de estar educando-se continuamente ao longo de toda a vida até a morte (terrena).

Por solicitação da UNESCO, Delors (2010) escreveu juntamente com uma comissão de autores um manual denominado *Educação, um tesouro a*

descobrir, no qual abordou os quatro pilares da educação que são: aprender a ser, aprender a conhecer, aprender a fazer e aprender a viver junto.

O princípio **Aprender a ser** refere-se à Educação como contribuinte do desenvolvimento total da pessoa – espírito e corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade – pois cada pessoa deve ser preparada para elaborar pensamentos autônomos e críticos, a fim de formar juízos de valor e ser capaz de decidir por si mesmo como agir nas diferentes circunstâncias da vida. Ou seja: aprender a ser para desenvolver, o melhor possível, a personalidade e estar em condições de agir com uma capacidade cada vez maior de autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal. Com essa finalidade, a educação deve levar em consideração todas as potencialidades de cada indivíduo: memória, raciocínio, sentido estético, capacidades físicas e aptidão para comunicar-se. O aprender a ser tem por objeto a realização completa do homem em toda a sua riqueza e complexidade de suas expressões e compromissos, considerando-o inventor de técnicas e criador de sonhos. Sugere que as pessoas tenham liberdade de pensamento, discernimento, sentimento e imaginação para desenvolverem seus talentos e permanecerem, tanto quanto possível, donos do seu destino. Ser dono do seu destino é ser autônomo.

A autonomia, requisito para a qualidade de vida, é uma meta almejada pelas pessoas idosas. Mesmo se determinados idosos se tornarem dependentes em consequência da fragilização, eles podem continuar sendo autônomos, mantendo a capacidade de decisão e a qualidade de vida preservada. No entanto, é necessário estimular os idosos a serem independentes. A OMS (2005) refere que medidas para manter as pessoas mais velhas saudáveis, ativas e com direitos preservados são uma necessidade e não um luxo.

A Organização das Nações Unidas, citado pela OMS (2005), tem como planejamento estratégico uma abordagem baseada nos direitos, que apoia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e nos aspectos da vida em comunidade.

Já o princípio do **Aprender a conhecer** significa aprender a aprender, para beneficiar-se das oportunidades oferecidas pela educação ao longo de toda a vida, combinando uma cultura geral, suficientemente ampla, com a possibilidade de estudar em profundidade. Para Morin (2000), a educação deve favorecer a aptidão natural da mente em formular e resolver problemas essenciais e, de forma correlata,

estimular o uso total da inteligência geral. Esse uso pede o exercício da curiosidade, seja estimulando ou despertando, caso adormecida.

Torna-se necessário, portanto, proporcionar aos usuários idosos, através da criação de grupos educativos, conhecimentos da cultura geral, como educação sanitária, ambiental e política, mas, sobretudo, é importante que o profissional da saúde, em especial o enfermeiro, que está presente em todas as equipes de atenção primária em saúde, esteja aberto para desenvolver atividades educacionais, buscando conhecer as expectativas e demandas de seus usuários.

O **Aprender a fazer** tem como finalidade não só adquirir uma qualificação profissional, mas, de maneira mais abrangente, a competência que torna a pessoa apta a enfrentar numerosas situações e a trabalhar em equipe. Esse princípio está presente no âmbito das diversas experiências sociais ou do trabalho.

O aprender a fazer pretende ensinar pessoas a exercitar e colocar em prática o que apreendem no processo educativo de natureza formal e informal. Acredita-se que a educação se torna eficaz quando é capaz de produzir no indivíduo a motivação para buscar melhorar o seu bem-estar e as relações interpessoais e sociais. Ao longo da vida a educação deve fazer com que cada indivíduo saiba conduzir o seu destino, conferindo-lhe a liberdade de pensamento, discernimento, imaginação, para que ele se o faça de forma responsável e justa.

Cumprir evidenciar a importância de as pessoas, em especial os idosos, colocarem em prática todos os hábitos e comportamentos aprendidos, que são fundamentais para um envelhecer saudável. Deve-se considerar e respeitar as escolhas e decisões dos idosos, mas a educação deve conduzi-los a realizar as melhores escolhas.

O **Aprender a viver juntos** desenvolve a compreensão do outro e a percepção das interdependências — realizar projetos comuns e preparar-se para gerir conflitos — no respeito pelos valores do pluralismo, da compreensão mútua e da paz.

Quando entram na fase idosa, as pessoas passam por inúmeras transformações e mudanças do ponto de vista pessoal, familiar e social. Pessoal quando se aposentam e muda toda a rotina diária; familiar quando passam a conviver mais com os seus no dia a dia ou quando experimentam a viuvez; e social quando a sua forma de interagir com a comunidade passa a ser também diferenciada. É necessário que os idosos interajam e se relacionem com a

comunidade através de formas de socialização, a fim de evitar os riscos associados ao isolamento. Tanto em práticas de atividades físicas e grupos de convivência, quanto de universidades abertas da terceira idade ou a busca de reinserção de idosos no mercado de trabalho. Aprender a viver juntos refere-se à capacidade de se relacionar bem em todos os contextos, preparando-se para gerir conflitos e respeitar o outro na sua singularidade. É entender que o ser humano é social e interdependente.

3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Para responder a questão de pesquisa e diante dos objetivos propostos de desenvolver experiência cuidativo-educacional, por meio da tecnologia do videodebate com usuários idosos de Unidade Básica de Saúde da Marambaia, como possível estratégia que almeje o protagonismo de envelhecimento ativo e saudável, assumiu-se aqui para conduzir o estudo, o método Pesquisa Convergente Assistencial para aplicar essa tecnologia.

3.1 ABORDAGEM E OBJETO DO ESTUDO

Para responder a questão de pesquisa e alcançar os objetivos propostos, optou-se pelo método PCA, aplicando-se a tecnologia cuidativo-educacional do videodebate.

O método da PCA (TRENTINI; PAIM, 2014) visa articular ações do pesquisador e as das pessoas participantes da situação a pesquisar estabelecendo uma relação dialógica. Esse método se propõe a construir e reconstruir conhecimentos para orientar a prática e baseia-se na modalidade de pesquisa-ação, que tem como finalidade conhecer a realidade e provocar mudanças na ordem do sistema estudado, por meio da participação das pessoas chave envolvidas no processo, com enfoque e orientação para situações específicas do estudo.

A PCA caracteriza-se pela propriedade de articulação entre a participação ativa dos sujeitos da pesquisa e a prática assistencial em saúde, especialmente na enfermagem, pois procura encontrar alternativas para solucionar ou diminuir problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações na prática assistencial, buscando cooperação mútua entre pesquisadores e as pessoas representativas da situação analisada. Desenvolve-se durante a imersão do pesquisador na prática e enquanto se envolve mutuamente na assistência e na pesquisa, compromete-se com os envolvidos na melhoria direta do contexto social pesquisado, seja visando realizar mudanças ou introduzir inovações nas práticas de saúde (TRENTINI; PAIM, 2014).

Os pressupostos que sustentam a PCA consideram o profissional de saúde como um potencial pesquisador com visão crítica sobre as questões com as quais lida cotidianamente, vendo o contexto da prática assistencial como campo fértil

para desenvolver pesquisas. Nesse sentido, a autora deste projeto, enfermeira atuante no campo da gerontologia, tomou a posição de pesquisadora enquanto mestranda a elaborar sua dissertação. Além disso, considera-se que a prática sistematizada estimula inovação e busca alternativas de solução, que levam a diminuir ou solucionar situações cotidianas adversas, renovando práticas que superem dificuldades ou maximizem situações favoráveis, o que requer comprometimento dos profissionais e pesquisadores em suas atividades específicas, pela união do saber-pensar ao saber-fazer. Considerou-se no presente estudo: a prática assistencial convertida em prática cuidativo-educacional por tratar-se de desenvolvimento de práticas em busca de atitudes e comportamentos para o envelhecimento ativo e saudável. Outro importante pressuposto é de que a PCA requer o compromisso de beneficiar o contexto da prática durante o processo investigativo, ao mesmo tempo em que se beneficia com o acesso franco às informações procedentes desse contexto.

Para aplicar o PCA neste estudo, adotou-se a formação de grupo de convergência, que guarda algumas características fundamentais dos grupos focais e dos grupos de convivência com a finalidade de desenvolver, simultaneamente, pesquisa e crescimento social e pessoal, muito utilizado na área de enfermagem com o propósito de produzir “bens/relações” dentro de um processo participativo para a assistência e para a pesquisa de enfermagem (TRENTINI & GONÇALVES, 2000).

No processo de formação de grupo de convergência, segundo as autoras, cada grupo formado deverá passar por quatro fases inter-relacionadas, denominadas *Quatro Erres*, assim descritas (TRENTINI; PAIM, 2014):

- 1) Fase de reconhecimento: Diferenciada pelas relações sociais, marcadas pelo convite inicial de participar do grupo e o cuidado em providenciar espaço físico para os encontros.
- 2) Fase de revelação: Inclui exteriorização de expectativas, desejos, sentimentos, necessidades, aspirações e opiniões de acordo com o interesse do grupo pertinente a determinado tema.
- 3) Fase de repartir: Constitui a troca de experiências dos participantes referentes ao tema de discussão. Nessa etapa manifesta-se o saber profissional por parte do pesquisador e o saber popular de cada participante. Essa troca reafirma as fases anteriores, levando à formação de um círculo de confiança mútua propício à reeducação em saúde.

4) Fase do repensar: Configura-se na reflexão do grupo quanto ao trabalho que foi desenvolvido, quando os participantes apresentam as vantagens, desvantagens e sugestões para futuros trabalhos.

Portanto, as etapas previstas para desenvolver o estudo obedeceram aos preceitos da PCA de trabalho em grupo, elegendo a técnica de grupo de convergência, seguindo as referidas quatro fases inter-relacionadas, de *Quatro Erres*, e as sessões grupais semanais transcorreram pelo período de dois meses, num total de oito encontros.

O desenvolvimento de experiências cuidativo-educacionais por meio da tecnologia do videodebate, aqui junto aos usuários idosos, teve a pretensão de provocar mudanças desenvolvimentais em direção ao protagonismo do próprio envelhecimento. A tecnologia em questão é parte da tecnologia socioeducacional adotada na área gerontológica, seja com enfoque de ações cuidativas específicas em dada situação peculiar, seja com enfoque educacional em diferentes situações de vida enquanto envelhecendo, e compreende toda e qualquer experiência de prática sistematizada desenvolvida por equipe multiprofissional gerontológica (GONCALVES *et al.*, 2013; SCHIER *et al.*, 2013).

O entendimento de tecnologia socioeducacional aqui adotada refere-se à concepção de Merhy (2002, 2004) de tecnologia leve e leve-dura. Esse tipo de tecnologia se diferencia das convencionais como de produção de equipamentos e máquinas. Trata-se de produzir tecnologia que expressa de modo exclusivo o trabalho vivo quando o profissional presta atendimento a um usuário ou grupo de usuários. É tecnologia apropriada para o trabalho de atenção à saúde, de recuperação, prevenção ou promoção, onde a educação para um envelhecimento ativo e saudável é essencial, no caso do presente estudo. É com esse referencial que a equipe de pesquisa pretende investir na experiência prática cuidativo-educacional em gerontocultura, atentando para um enfoque integrador, buscando considerar a realidade do contexto cultural e regional da população idosa e suas necessidades e expectativas, desde as individuais até as familiares e comunitárias. Convém lembrar que a tecnologia que expressa o trabalho em ato constitui-se em fato peculiar a cada situação aplicada. Poderá, assim, representar um exemplo aplicável em outras situações, porém nunca de modo estático, pois a cada situação do trabalho o ato exige atualização ou adequação à situação presente. Assim,

alguns exemplos têm sido construídos como tecnologias cuidativo-educacionais como: exercício grupal de estimulação de atividades físicas e vocais de idosos portadores de afecções neuromotoras; aprendizagem de autocuidado em atividades da vida diária de idosos com diferentes deficiências; grupo de ajuda mútua entre idosos em estado de cronicidade visando à inclusão social; grupo de ajuda mútua entre familiares cuidadores de idosos dependentes; alfabetização do idoso e cidadania; valorização do cuidado intergeracional e fortalecimento de rede de apoio comunitário; gerontocultura pelo videodebate e pela contação de histórias, entre outras (MEIRA *et al.*, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2010; GONÇALVES *et al.*, 2010a; VICCO *et al.*, 2010).

A tecnologia cuidativo-educacional proposta ao grupo de idosos deste projeto de dissertação de mestrado é o videodebate, tecnologia que foi desenvolvida, testada e incorporada à prática gerontológica (SIEDLER, 2006). O videodebate tem como objetivo propiciar a integração social de pessoas por meio da discussão de filme e ou vídeo assistido, treinando a percepção global do enredo, observando a progressão do tema, realizando a síntese, habituando-se à análise crítica através da formulação de posições pessoais sobre questões do envelhecimento e da própria velhice que o filme suscita. Permite abordar a temática do envelhecimento de forma desmistificadora, projetando problemas comuns do envelhecimento que o próprio filme aborda sem personalizar, oportunizando ver situações do viver sob diferentes focos de percepção, autoanálise e revisão de posicionamentos pessoais. O valor do recurso do cinema na educação reside na capacidade de mobilizar o ser humano pela imagem, pela temática que aborda. Essa mobilização promove, facilita e reforça a ação e reflexão sobre o tema exposto, incentivando a compreensão, a tolerância e o respeito mútuo, a solidariedade e a cooperação, necessárias no posicionamento pessoal diante dos problemas do cotidiano (GONÇALVES, 2014; VAHL, EAC *et al.*, 2005).

A aplicação da tecnologia do videodebate que ocorreu foi uma replicação dos procedimentos adotados por Siedler (2006). Entretanto, com as devidas adaptações, considerando as preferências, o contexto sociocultural dos idosos e o tempo disponibilizado pela Unidade.

3.2 O CONTEXTO E LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida nas dependências da Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro da Marambaia, em Belém, Pará. A população de Marambaia, segundo o censo 2010, é de 66.708 habitantes, sendo 31.059 homens e 35.649 mulheres, na razão de 46.56% para 53.44% (SEMMA-BELÉM, 2009).

Marambaia é um bairro que se estende por aproximadamente 440.600 m² (SEMMA-BELÉM, 2009) e se destaca pelos grandes espaços verdes presentes, embora estes sejam de áreas militares e do Parque Ecológico do Município de Belém, dificultando a fruição dessas áreas verdes pela população. Há também significativa quantidade de conjuntos habitacionais horizontais, onde se percebe certo planejamento na ocupação do local, mas a maior parte dos espaços encontra-se abandonada, carecendo de infraestrutura e manutenção adequada para sua preservação definitiva, proporcionando às pessoas residentes seu uso para prática de exercícios físicos, atividades recreativas e de lazer (BORGES, 2012).

A unidade básica de saúde do bairro da Marambaia tem cadastrados aproximadamente 30.000 usuários os quais são atendidos em clínica geral, pediatria, ginecologia, dermatologia e pneumologia. Oferece aos usuários programas como: pré-natal e saúde da criança, incluindo o teste do pezinho e vacinação; controle do tabagismo; Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) (BRASIL/MS, 2006), dirigido aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus (geralmente adultos e idosos), com o objetivo de acompanhá-los e garantir-lhes o recebimento dos medicamentos prescritos, desencadeando estratégias de saúde pública para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e reduzir o custo social e o Programa do Idoso. Na unidade funciona também o setor de urgência e emergência 24 horas, que atende a demanda espontânea do município de Belém. No programa do idoso funciona um grupo denominado “EnvelheÇarte”, criado em 2008, destinado a reunir semanalmente idosos com objetivo de promover seu crescimento pessoal e interpessoal por meio de atividades que favorecem a participação e integração social, valorizando as pessoas pelo incentivo da criatividade e socialização em atividades como: teatro, dança, coral, exercícios físicos e participações culturais em datas festivas celebradas na cidade. Tal projeto é coordenado por uma enfermeira. Atualmente estão inscritos cerca de 80 idosos

nesse Grupo, todos usuários da UBS do Marambaia, com idades de 60 a 90 anos e participação majoritariamente feminina.

3.3 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa 16 idosos (13 mulheres e 3 homens) cadastrados na UBS de Marambaia e que frequentam programação variada do grupo “EnvelheÇarte”.

A seleção dos participantes da pesquisa foi por conveniência. Os idosos que compareciam à Unidade eram convidados a participar da pesquisa, informando-lhes os objetivos do estudo e os requisitos para sua inclusão. Os que manifestavam interesse eram agendados para comparecer na Unidade a fim de ser submetido ao Mini Exame do Estado Mental – MEEM (ANEXO 2), com a finalidade de selecionar aqueles com resultado livre de transtornos cognitivos e aptos a participar da pesquisa de videodebate.

O MEEM é um instrumento de rastreio cognitivo mais utilizado em todo mundo. Foi concebido para avaliação cognitiva de pacientes psiquiátricos. Compõe-se de 19 itens distribuídos pelos seguintes domínios cognitivos: orientação (temporal e espacial); memória, atenção e cálculo, praxia e linguagem. Sofre influência da escolaridade. Para minimizar esse problema, diferentes pontos de corte foram propostos por autores. Na versão validada por Lourenço (2005), os pontos de corte são: pontuação 18/19 para analfabetos e 23/24 para indivíduos escolarizados (FOLSTEIN *et al.*, 1975 *apud* LOURENÇO *et al.*, 2011; LINO, 2011).

Pelo critério de inclusão só foram definitivamente selecionados para compor o grupo amostral aqueles convidados que aceitaram submeter-se à aplicação do MEEM, obtendo resultado livre de transtornos cognitivos, e compromisso de serem assíduos nos encontros programados do videodebate. Cumpre lembrar que nenhum dos que aceitaram o convite foi eliminado pelo MEEM. Após a seleção todos os 16 participantes do estudo receberam os esclarecimentos acerca da pesquisa e seu funcionamento, e foram solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C). Foram excluídos aqueles que não se enquadraram nos requisitos de participação definidos para inclusão.

3.4 PROCEDIMENTOS PRÉVIOS À APLICAÇÃO DA TECNOLOGIA DO VIDEODEBATE

Os primeiros contatos com os idosos da UBS de Marambaia serviram para conhecer o perfil de vida e saúde dos idosos por meio da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (ANEXO A), e seu estilo de vida, através da aplicação do instrumento de avaliação do estilo de vida (ANEXO C).

De uso clínico nas Unidades Básicas de Saúde, a Caderneta do Idoso mostra-se útil também como instrumento de pesquisa para avaliar o perfil de vida e saúde dos usuários idosos convivendo em família na comunidade. O propósito dessa Caderneta é primordialmente identificar fatores de risco para priorizar ações de recuperação e acompanhamento entre usuários em processo de envelhecimento. Compõe-se do item “minha identificação”, que inclui dados sociodemográficos; hábitos prejudiciais à saúde, como tabagismo; uso de bebida alcoólica; sedentarismo; rede de apoio, identificando quem cuidaria do idoso quando necessário, como também com quem vive. Item sobre saúde propriamente dita, abrangendo: autopercepção do estado de saúde; problemas de saúde (queixas); uso de medicamentos (polifarmácia); quedas e hospitalizações sofridas nos últimos anos e que constituem algumas das variáveis que podem identificar importantes indicadores de risco de agravos e fragilização.

O Estilo de Vida (NAHAS, 2006) propõe um “pentágulo do bem-estar” (ANEXO 3), cujas dimensões são: Atividade física, Nutrição, Controle do Estresse, Relacionamento Social e Comportamento Preventivo. Cada dimensão comporta 3 questões com 4 opções de respostas numa escala de 0 a 3, em que zero significa negativo, 1 regular, 2 positivo e 3 altamente positivo. Considerando a escala de 5 dimensões, a amplitude de possibilidade de respostas vai de zero a 45 pontos ou escores totais, significando: quanto mais alta a pontuação, mais adequado é o estilo de vida. Cada dimensão pode ser analisada separadamente. Tal instrumento tem função prática para uso clínico, sendo e também útil para uso em pesquisa, com índices de confiabilidade e validade atestados pelos autores.

A fase inicial se alongou pelos meses de junho a julho de 2014, período em que se desenvolveram relações sociais, apresentação dos pesquisadores, convite para participar do grupo e escolha do espaço físico a ser utilizado para a

atividade em grupo. Essa etapa é conhecida também na pesquisa convergente-assistencial como Fase de reconhecimento (TRENTINI; GONÇALVES, 2000).

3.5 PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO DA TECNOLOGIA DO VIDEODEBATE

O desenvolvimento da prática do videodebate propriamente dita se estendeu entre os meses de agosto a outubro de 2014. Os 16 idosos (13 mulheres e 3 homens) participantes da pesquisa se comprometeram a participar de forma assídua às atividades programadas de 8 reuniões semanais durante três meses consecutivos. Na primeira reunião de instruções detalhadas de procedimentos da prática do videodebate com os idosos, chegou-se ao consenso de que eles preferiam filmes curtos, alegando não suportar, por cansaço, assistir a filme de uma a duas horas de duração, o que levou a pesquisadora a alterar o uso previsto de vídeos convencionais trocando-os por vídeos de curta duração.

Além da apresentação dos vídeos de curta-metragem, o primeiro e o último encontro destinaram-se também, respectivamente, às orientações detalhadas da participação dos idosos incluindo as atividades a desenvolver, suas funções e metas a atingir; e avaliação geral e final de todo o procedimento ocorrido e a posição de cada participante quanto ao impacto acontecido em sua vida ao ser exposto à prática do videodebate discutindo questões do seu próprio envelhecimento.

A aplicação da tecnologia do videodebate que ocorreu num total de 8 encontros grupais foi coordenada pela enfermeira pesquisadora e a mestrandia autora deste projeto, assessorada por observadoras de atividades grupais.

Os 8 vídeos de curta-metragem, escolhidos em comum acordo com os idosos e a coordenadora, foram assistidos, apreciados e discutidos buscando articular o enredo de cada filme/vídeo com o tema ou conceito subjacente ou fatores determinantes do envelhecimento ativo e saudável. Nas discussões eram abordadas as percepções, inspirações e a dedução de aplicações possíveis ao próprio envelhecer.

A lógica do desenvolvimento do videodebate, enquanto processo educacional, pautou-se pelos preceitos orientadores, de ensinamentos de educação permanente para a vida e saúde de Delors (2000), do “aprender a ser”, “aprender a conhecer”, “aprender a fazer” e “aprender a viver juntos”. Conforme já citado, fez-se

aqui uma replicação adaptada da metodologia de Siedler (2006) quanto à prática da tecnologia do videodebate. O plano de atividades de encontros grupais e procedimentos de ensino-aprendizagem a cada projeção de novo vídeo foram:

- a) projeção do vídeo de curta-metragem (APENDICE A);
- b) pausa para o lanche educativo (frutas), quando foram servidos alimentos de baixo teor calórico;
- c) formação de pequenos grupos de no máximo 4 pessoas, nos quais discutiram o vídeo a que assistiram baseados num roteiro (APÊNDICE B) e de cuja discussão foram feitas anotações. Essas anotações foram feitas por um idoso escolhido no subgrupo e apresentadas no grande grupo;
- d) um texto teórico de apoio que refletia o conteúdo do vídeo era selecionado pela pesquisadora e lido no grupo, o que ajudava na discussão de busca de relações entre o enredo do vídeo projetado, a teoria e a própria experiência pessoal no assunto em pauta;
- e) as reflexões suscitadas no grupo pelo videodebate representaram conclusões tiradas pelo grupo de idosos, as quais foram gravadas com anuência de todos, para uso posterior como dados de pesquisa.

3.6 PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO DE MUDANÇAS DESENVOLVIMENTAIS E DESEMPENHO DA TECNOLOGIA DO VIDEODEBATE

A aferição do desempenho da aplicação da tecnologia do videodebate foi registrada com acompanhamento continuado a cada encontro com os idosos participantes do estudo, anotando-se em diário de campo todas as manifestações subjetivas oriundas dos idosos acerca da experiência prática vivenciada. Tal avaliação subjetiva foi aliada à avaliação objetiva resultante do desempenho dos encontros segundo seus objetivos estabelecidos.

Para avaliar as possíveis mudanças desenvolvimentais operadas nos idosos participantes em função dos efeitos da aprendizagem da gerontocultura pelo videodebate foi realizada também a avaliação de estilo de vida relacionado à saúde, através do Pentáculo do Bem-Estar, antes e depois de os idosos vivenciarem a experiência da prática do videodebate.

Segundo Trentini (2014), em qualquer tipo de pesquisa qualitativa a análise das informações consta de quatro processos: *apreensão, síntese, teorização e transferência*. É o que se relata a seguir: as etapas cumpridas ao longo do desenvolvimento dessa pesquisa.

- Processo de Apreensão: consiste na coleta de informações e no registro de dados da prática socioeducativa.

Nesta pesquisa todos os dados foram registrados em diário de campo, descritos como notas de observação, que são os relatos obtidos nas observações e como notas de discussão em grupos, em que o relato das informações foi obtido em encontros de discussão de pequenos grupos.

As informações foram organizadas facilitando a codificação, ou seja, reconhecendo no relato das informações o que mais persistiu na fala dos participantes, como: palavras, frases, temas-chave e outros. Isso feito, iniciou-se a formação de categorias que consistiu num conjunto de expressões com características similares. Tais categorias foram escolhidas com base nos determinantes do envelhecimento ativo.

- Processo de Síntese: é um processo que consiste em reunir elementos diferentes, concretos ou abstratos, e fundi-lo num todo coerente. É a capacidade do investigador de entrelaçar vários casos, histórias e experimentos a fim de descrever os padrões e/ou comportamentos e respostas típicas do grupo.

O processo de síntese foi uma etapa importante da pesquisa, pois quando identificávamos que o objetivo de um encontro não fora completamente atingido, no outro encontro abordávamos um vídeo de curta-metragem diferente e com a mesma temática. Através da síntese dos resultados, que ocorria simultaneamente com a execução da pesquisa, tínhamos subsídios, nos discursos dos idosos, para negociar as mudanças e estratégias necessárias a serem adotadas para promovermos o cuidar e a educação em saúde de modo efetivo e específico.

- Processo de teorização: é um processo de identificação, definição e construção de relações entre um grupo de construtos de modo a produzir previsões do fenômeno investigado que leva a denominação de teoria. A PCA sustenta o critério de expansibilidade que permite a flexibilidade, de modo que o pesquisador, mergulhado no trabalho assistencial, esbarrará com temas emergentes, de interesse, a serem considerados no desenvolvimento do processo assistencial-investigativo e, certamente, esses temas levarão a efeito as formulações teóricas.

Entretanto, na PCA, o pesquisador pode decidir por não expandir o processo, encerrando a pesquisa com as mudanças e ou as inovações em andamento.

Na presente pesquisa optamos por não expandir o processo; conseqüentemente, não foram obtidas formulações teóricas. A nossa meta foi atingir os objetivos da pesquisa para propor novas formas de cuidar e cultivar o envelhecimento ativo e saudável.

- Processo de Transferência: consiste na possibilidade de contextualizar os resultados em situações similares com a intenção de transferi-los e de socializá-los.

Com base nos resultados da pesquisa, pretendemos que o seu conteúdo teórico e prático continue sendo aplicado na Unidade de Saúde da Marambaia e em outras unidades ou grupos de idosos e sejam adaptados de acordo com as peculiaridades socioculturais de cada grupo.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS DE PESQUISA COM SERES HUMANOS

O projeto foi submetido a análise e aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da UFPA/ICS, contemplando as diretrizes da Resolução 466/12, que trata das pesquisas envolvendo seres humanos. Essa resolução traça preceitos éticos para a pesquisa com seres humanos determinando consentimento livre e esclarecido, ponderação entre riscos e benefícios, garantia de que danos previsíveis serão evitados, relevância social e vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa. Com base nessa resolução, no que tange à busca de consentimento dos sujeitos envolvidos, os idosos foram informados que sua participação não implicaria nenhuma maleficência, procedimento invasivo, nem revelação de suas identidades ou avaliação de acerto e erro das opiniões e respostas dadas. Escrito em linguagem fácil, o TCLE (APÊNDICE C) contém informações sobre a pesquisa, com o objetivo de informar os sujeitos sobre o conteúdo da pesquisa e solicitar sua participação. A presente pesquisa não implica riscos para os participantes, a não ser em algumas situações desconfortáveis, como deslocamento em dias de chuva e greve de transportes públicos no dia do encontro. Aos idosos participantes era facultado desistir da pesquisa em qualquer momento sem sofrer qualquer sanção. Os benefícios auferidos desta pesquisa poderão ser aplicados futuramente em outros

grupos de idosos e também para os próprios participantes, pelos resultados positivos que resultarem.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da UFPA/ICS em 26/02/2014, protocolado sob o número CAAE 26532214.2.0000.0018 (ANEXO 4).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O capítulo apresenta os resultados e discussão dos resultados obtidos da análise dos dados e sua interpretação à luz dos preceitos da educação permanente para o cultivo do envelhecimento ativo.

4.1 Caracterização dos participantes

Apresenta-se inicialmente o perfil de vida e saúde dos idosos participantes do estudo, com dados obtidos na caderneta de saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde.

Dos 16 participantes do estudo 13 foram mulheres e 3 homens. Nota-se que nas atividades de grupo realizadas na UBS predominava a participação das mulheres. A trajetória percorrida por idosos e idosas tem sido atravessada por estereótipos sociais de gênero, que limitam o livre acesso em espaços sociais para homens e mulheres. Muitos homens veem de forma preconceituosa a participação em atividades de grupos, considerando-as uma prática feminina (Dias, Jaeger, 2003).

O gênero é uma dimensão complexa expressada nas culturas e sociedades e cujas características são consideradas na adequação de várias opções políticas, pelos efeitos que incidem sobre o bem-estar de homens e mulheres (OMS, 2005).

Dias e Jaeger (2003) apresentam resultados semelhantes de participação grupal de predominância feminina. Conjecturas feitas por esses autores referem-se à inversão da ocupação de espaços públicos e aprovados pela sociedade de, na velhice, as mulheres buscarem, fora do contexto doméstico, oportunidades de interação social, enquanto homens retornam para o lar após a aposentadoria, tendo em vista que suas vidas foram construídas fora dele. Historicamente, diferentes papéis têm sido atribuídos como parte do universo masculino e feminino: à mulher caberia a responsabilidade pelo cuidado da casa, da alimentação e das crianças. Já ao homem, o trabalho fora do lar, para garantir o sustento da família e receber o título de chefe de família. A maior participação das mulheres se deve também à longevidade feminina maior do que a masculina, acarretando um número expressivo de viúvas participando de grupos de convivência.

Contudo, há autores que atribuem não apenas à resistência natural masculina para eles se engajarem com as mulheres em atividades de diversão, mas também a um componente de cunho cultural e educacional (BENEDETTI, MAZO & BORGES, 2012; BORGES *et al.*, 2008).

A idade dos idosos oscilou entre 60 e 89 anos. Em relação à escolaridade, a maioria tinha 8 ou mais anos de estudo (62,5%) e apenas uma idosa (6,25%) se declarou analfabeta. Quanto ao estado conjugal, 04 (25,0%) eram casados, 03 (18,8%) viúvos e 09 (56,2%) solteiros ou separados. Quando perguntados se eram aposentados e pensionistas, 14 (87,5%) responderam que sim e apenas 02 (12,5%) não.

O arranjo domiciliar foi avaliado quanto ao número de pessoas que residem com os idosos. A maioria dos participantes (87,5%) convive com 1 a 05 pessoas, 01 (6,25%) declarou que mora sozinho, e 01 (6,25%) com 06 ou mais pessoas. Quando interrogados acerca de quem seria seu possível cuidador caso necessitasse, 11 (68,75%) responderam que contariam com filha/nora/sobrinha/neta, 02 (12,5%) com filho/genro/neto, 02 (12,5%) com o cônjuge e 01 (6,25%) com vizinho.

Nesta pesquisa o número de idosos viúvos, separados e solteiros correspondia a 75% da amostra, o que justifica a necessidade de interagir socialmente fora do lar, sobretudo com amigos da mesma geração, oportunizando construir novos laços de amizade e relações a favor do bem-estar físico, psicológico e social dos idosos.

A cultura norteia como as pessoas vivem e o modo como procuram atender suas necessidades na sociedade. É importante conhecer as diferenças étnicas e culturais para combater os estereótipos e preconceitos que são capazes de interferir nos cuidados prestados pelos enfermeiros. É necessário valorizar as características peculiares de cada indivíduo e família, respeitar os conhecimentos e opções de cuidado popular em saúde que pessoas consideram como adequadas, e assim, ao compreenderem tais características, profissionais da saúde serão mais capacitados a oferecer atendimento culturalmente congruente e sensível (LEININGER, 1985).

As condições de saúde foram avaliadas por meio da autopercepção de saúde, hábitos de vida, morbidade e uso de medicamentos. A maioria dos idosos (62,5%) afirmou ter saúde muito boa ou boa e 06 (37,5%) afirmaram ser regular.

Quanto aos hábitos de vida ninguém declarou ser tabagista, 03 (18,7%) consumiam bebidas alcólicas e todos afirmaram praticar atividades físicas. Quanto à morbidade autorreferida, 01 (6,25%) declarou apresentar dislipidemia, 09 (56,2%) hipertensão arterial, 01 (6,25%) apresenta diabetes mellitus, 02 (12,5%) são hipertensos e diabéticos e 03 (18,7%) não apresentam afecções. A maioria utilizava até 3 medicamentos (68,8%) e 05 (31,2%) usavam 4 ou mais medicamentos. Quando interrogados se estavam com a vacina atualizada, 12 (75,0%) responderam afirmativamente. Quanto aos fatores de vulnerabilidade, apenas 01 (6,25%) referiu que foi hospitalizado nos últimos 4 anos e 07 (43,7%) sofreram queda nos últimos 2 anos.

Nesse contexto, torna-se necessário discutir um pouco sobre o papel do enfermeiro. A ausência de planejamento no cuidado de enfermagem resulta num cuidado desvinculado da realidade cultural da pessoa. Ao ser cuidado de forma incongruente em relação aos seus padrões e crenças o idoso poderá apresentar sinais de conflitos culturais, frustração, estresse e preocupações de ordem moral e ética (LEININGER, 1985).

4.2 Estilo de vida

Para conhecer os fatores comportamentais determinantes do envelhecimento saudável entre idosos participantes do videodebate aplicou-se a escala de “Estilo de Vida” (ANEXO 3) que corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas. Tais ações têm grande influência na saúde em geral e na qualidade de vida das pessoas (NAHAS, 2013).

Considerando o objetivo de avaliar as possíveis mudanças desenvolvimentais que possam ter ocorrido nos idosos que se submeteram à prática da tecnologia socioeducativa do videodebate, aplicou-se a escala do estilo de vida antes e após essa prática. Os escores obtidos nos cinco componentes do estilo de vida encontram-se na Tabela 1, confrontando escores obtidos na aplicação pré e pós-prática.

Tabela 1. Média e desvio-padrão dos escores parciais e total da Escala de Estilo de Vida obtidos no pré e pós-prática do vídeodebate entre os 16 idosos do grupo “EnvelheÇarte” da UBS de Marambaia, Belém - PA, 2014.

Escala de estilo de vida	Pré		Pós		t*	p-valor
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão		
Nutrição	6,8	1,8	7,6	1,1	-2,78	0,014
Atividade física	6,4	2,7	6,6	2,9	-0,23	0,825
Comportamento preventivo	8,7	0,6	8,8	0,4	-0,81	0,432
Relacionamentos	6,1	2,6	7,8	1,7	-2,90	0,011
Controle de estresse	8,3	1,2	8,4	1,0	-0,90	0,383
Escore total	36,1	5,8	39,2	4,0	-2,48	0,026

* Teste T de Student pareado

NA tabela 1 mostra diferenças estatisticamente significantes em relação às dimensões Nutrição ($p=0,014$), Relacionamentos ($p=0,011$) e Escore total ($p=0,026$). Considerando-se os valores obtidos antes e após a intervenção, as médias nesses escores aumentaram aproximadamente 1,1 vez, ou seja, o estilo de vida dos idosos melhorou pouco em relação a nutrição, relacionamentos e no escore total.

É importante enfatizar que durante os encontros do vídeodebate, nos intervalos foram oferecidos lanches saudáveis aos idosos, como frutas, ocasião em que foi salientada a importância de consumi-los diariamente e de ter educação alimentar ao longo do dia para promover e ou manter a saúde do idoso.

Outro aspecto de destaque está relacionado aos encontros do vídeodebate, no qual abordamos a importância de estabelecermos um relacionamento interpessoal tolerante, saudável, solidário, ativo e atento as necessidades do outro. Tais fatores podem ter contribuído para a mudança significativa nestas duas categorias: relacionamentos e nutrição.

4.3 Princípios da educação permanente (DELOR, 2010)

Conforme já citado, utilizamos o princípio da educação permanente para classificar os resultados e para as discussões.

4.3.1 Aprender a ser

O princípio do “aprender a ser” propõe uma educação voltada para o desenvolvimento total das pessoas e as prepara para elaborar pensamentos autônomos e críticos capazes de decidir por si próprios como agir com maior autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal.

Algumas afirmativas dos idosos demonstram como eles se vêem enquanto sujeitos, sua autoestima e motivação para enfrentar os desafios relacionados ao envelhecimento:

“Estamos vivendo mais tempo e melhor. Então a velhice não é coisa pra se lamentar. É coisa pra se gabar. A pessoa tem que cultivar a psicologia positiva que nada mais é que a alegria, é tentar entender o outro e não ter tempo de pensar coisa errada, coisa negativa. Eu digo que sou feliz e não tenho tempo de pensar coisa negativa e besteira (Encontro 1)

“Sou muito feliz com a minha velhice. Tenho saúde e tenho qualidade de vida.” (Encontro 2)

“Pra mim o envelhecimento é uma coisa natural e a gente tem que aceitar de maneira feliz. Tem que ser numa boa. Ele [personagem do vídeo] só tem boas recordações e você viu que ele não tem uma lembrança ruim, da família e dos filhos pequenos, são lembranças boas, a saudade. Isso foi um envelhecimento bom e saudável.” (Encontro 2)

“É... nunca devemos desanimar. Sempre devemos estar alegres, mesmo havendo tristezas. Porque se a gente se entregar para a tristeza, a gente fica cheio de depressão e lembranças ruins. Ele permaneceu alegre, tanto que houve até brindes.” (Encontro 2)

“Eu encaro a velhice dessa maneira. Eu tenho os meus limites, eu reconheço, mas eu aceito com muita alegria e felicidade.” (Encontro 2)

“Todo dia a gente tem que agradecer a Deus pelo dia de hoje. O que a gente pode viver. Pra gente, viver é lucro. Tem tanta gente que teria um futuro, mas Deus chama.” (Encontro 2)

Dessas manifestações dos idosos se infere que eles apresentam boa autoaceitação, motivação, otimismo e bem-estar subjetivo, características essenciais de um envelhecer saudável. Essas respostas valorizam o enfrentamento da velhice e sua aceitação. O bem-estar subjetivo é um fenômeno complexo que

inclui vários construtos, como: satisfação com a vida, afetos positivos, autopercepção e boa de saúde. Esses aspectos estão relacionados com a avaliação que cada pessoa faz da sua qualidade de vida. A extroversão, o otimismo e os afetos positivos estão associados a maior longevidade, a respostas mais adaptativas do sistema cardiovascular e imunológico, a maior capacidade de usar o suporte social e mais comportamentos de autocuidado. O bem-estar subjetivo é também constituído pelas dimensões: a autoaceitação, relações positivas com os outros, autonomia, controle sobre o ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal (NERI, 2011; LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008). Portanto, o envelhecimento saudável se constrói com a percepção dos próprios idosos. Quanto maior forem esses domínios, maior será a chance de envelhecer com qualidade. Por isso as ações socioeducacionais pelo videodebate, ou qualquer outra tecnologia educacional, devem contemplar estratégias que valorizem o bem-estar subjetivo dos idosos a favor do protagonismo do seu bem envelhecer e sua emancipação.

O conceito reminiscência discutido, articulado com o enredo do vídeo “A casa de pequenos cubinhos”, se mostrou um processo humano, inerente ao viver humano. Os idosos perceberam que se trata de recordação de experiências e fatos da vida, dos quais não se pode escapar, e as pessoas geralmente os associam a dor ou prazer. Ainda que não seja exclusiva de uma etapa específica de vida, torna-se progressivamente mais presente enquanto o sujeito envelhece. Recordar situações vividas, de modo individual ou interacional, permite analisar o passado, compreender as mudanças, adaptar-se às transições, adquirir conhecimentos, comunicar-se com os semelhantes, entre outras (GONÇALVES, ALBUQUERQUE, MARTIN, 2008).

A reminiscência se torna importante para idosos, pois permite retomar fatos, lembrar acontecimentos e suas histórias que causam impactos positivos ou negativos e influenciam direta ou indiretamente o processo do envelhecer. Notou-se que a exibição de vídeos é uma importante estratégia de educação porque instiga modificar determinados paradigmas, pois histórias de personagens fictícios podem fazer pessoas se identificarem com determinados contextos que já vivenciaram. A partir de então, pode-se retomar lembranças que trazem impactos negativos e tentar reconstruí-las e ressignificá-las, enfatizando ou centralizando a atenção nos aspectos positivos que as experiências podem trazer. Para Siedler & Vahl (2005) o cinema nos possibilita momentos de empatia, quando nos projetamos no papel do

personagem e assumimos o seu destino, podendo refletir sobre o nosso. Rubem Alves (1987) entende que é sempre mais fácil falar sobre si mesmo fazendo de conta que se está falando sobre flores, animais, enfim, outras personagens. Aqui os idosos se manifestaram refletindo a forma como encaravam a solidão que vivenciam:

“Ele tinha uma família, mas como ele vivia só, ele nunca desistiu de levantar e se reencontrar. Ele foi repassando a velhice dele. Eu estou contando também a minha história, a história dele é a minha.” (Encontro 2)

“Eu penso que o vídeo trata de uma solidão. A família abandonou ele e deixou ele só. Eu moro só, mas não fico sozinha; esse negócio de solidão não dá.” (Encontro 2)

“Se recordar é viver, a gente nasce para a vida de novo, a gente tem uma lembrança dentro da gente, né? Quer dizer que uma pessoa que se foi não é tudo, mas ela fica sempre na lembrança da gente. Então, a gente vivendo aquela lembrança a gente está vivendo a pessoa presente na gente.” (Encontro 6)

“O que aconteceu no passado, o que ocorre no presente, nos deixam tristes e magoadas. Quem vive com mágoa, vive se destruindo. Colocaram a importância do diálogo e a necessidade de compartilhar o que não está bem para ver se melhora o convívio.” (Encontro 6)

Percebeu-se que os idosos comparavam o personagem do vídeo com as suas experiências de vida. Apesar das dificuldades que eles enfrentam, seja de abandono ou solidão, eles demonstravam a necessidade de aprender a conviver com tais dificuldades para superá-las, fazendo valer seus predicados pessoais de superação, adaptando-se às mudanças e adversidades da vida, além de certos determinantes genéticos e biológicos.

4.3.2 Aprender a conhecer

Quanto às expectativas e preferências dos idosos relativas ao programa de educação pelo videodebate, ainda na entrada de campo, constatamos necessidade de substituir vídeos de longa-metragem previstos por outros de curta metragem, porque lhes falta o hábito de concentração mais demorada para assistir a filmes. Com a adaptação feita, os idosos mostraram-se beneficiados, extraíndo ensinamentos de vida dos enredos de vídeo de curta metragem exibidos:

“Eu aprendi, através do vídeo, como devemos encarar a velhice. Eu tenho os meus limites, eu reconheço, mas devo aceitar com muita alegria e felicidade. (Encontro 2)

“Tivemos um aprendizado brilhante, pontilhado de ideias novas. Acreditamos que esta etapa de hoje vencida, nos sirva para a construção de um mundo melhor.” (Encontro 8)

“O que percebi é que o idoso pode ser feliz, seguir o envelhecimento sem brigar.” (Encontro 4)

Percebeu-se que os idosos estavam muito disponíveis e abertos para novos aprendizados. Mostraram-se dispostos a colocar em prática no seu contexto familiar e social o que aprenderam nesses encontros:

“Nós somos errantes (sic) e com essa lição de vida nós vamos corrigindo pensamentos, erros, e nossas falhas, para procurar viver feliz até os últimos dias da vida.” (Encontro 6)

Os idosos sentiram-se acolhidos durante essa prática do videodebate e manifestavam seus sentimentos sobre os ensinamentos que levariam para toda a sua vida:

“Com esse vídeo a gente aprende a tirar lições de vida... (Encontro 2)

“Hoje sinto que estou dentro desse contexto que foi apresentado no vídeo. Estou sendo muito feliz porque estou tendo a oportunidade de crescer e subir mais um degrau, em conhecimento, em sabedoria, em tudo que escutei, vi e vivenciei.” (Encontro 8)

“A gente passa a entender melhor o sentido das coisas” (Encontro 7)

4.3.3 Aprender a fazer

Foi observado que o princípio da educação permanente “Aprender a fazer”, no qual a pessoa torna-se competente e preparada para enfrentar as adversidades da vida, os idosos contextualizavam em vivências práticas do seu cotidiano, dizendo:

“Sempre devemos sentar e conversar com as pessoas, ter mais diálogo. Vou treinar mais isso.” (Encontro 6)

“A saudade faz parte do ser humano. Então, nós temos memória. Vamos preservar? Eu vou passar a ficar atento quando começar a esquecer as coisas.” (Encontro 2)

“Eu gostei do voar da águia, gostei que ela conseguiu se renovar. Pra ela foi um recomeço de vida. Eu quero ser assim, disposta pra recomeçar sempre.” (Encontro 7)

“A águia ficou velha e depois se renovou e ficou nova. Quando a gente se cuida a gente se renova. Eu preciso renovar as unhas, melhorar meus cabelos e preciso renovar meus pensamentos. Porque se ficarmos com os mesmos pensamentos, pensamentos antigos, a gente tende ir pra trás. É muito importante pra gente renovar os pensamentos.” (Encontro 7)

O aprender a fazer no envelhecimento também está muito associado à forma como os idosos encaram as adversidades desse processo. Um exemplo disso é o enfrentamento da solidão. Os idosos manifestaram-se aqui trazendo reflexão da forma como encaravam a solidão que vivenciam:

“Ele tinha uma família, mas como ele vivia só, ele nunca desistiu de levantar e se reencontrar. Ele foi repassando a velhice dele. Eu estou contando também a minha história, a história dele é a minha.” (Encontro 2)

“Eu penso que o vídeo trata de uma solidão. A família abandonou ele e deixou ele só. Eu moro só mas não fico sozinha, esse negócio de solidão não dá.” (Encontro 2)

Alguns idosos relataram situações problemáticas no convívio familiar, com impacto negativo na história de suas vidas:

“A minha criação foi um tormento, fui criada por um carrasco, eu não soube o que era infância. Ele era meu tio, mas me colocou pra trabalhar muito na roça. Eu trabalhava e apanhava. Eu tenho muita angústia e mágoa. Com minha família brigamos porque não nos entendemos. Eu me sinto mal com isso. Eu busco forças depois que eu vim pra cá, eu tenho muita amizade aqui. Eu saio daquele convívio e fico bem.” (Encontro 6)

“Tudo que aconteceu na vida daquela senhora acontece comigo. Eu vivo só na minha casa, abandonada. Quem dera que eu tivesse aquela senhora que ficasse comigo.” (Encontro 5)

As experiências passadas dos idosos foram importantes no debate, levantando considerações e atitudes para conseguirem lidar com os problemas da vida e uma nova maneira de encarar esses desafios:

“Se recordar é viver a gente nasce para a vida de novo, a gente tem uma lembrança dentro da gente, né? Quer dizer que uma pessoa que se foi não é tudo, mas ela fica sempre na lembrança da gente. Então, a gente vivendo aquela lembrança, a gente está vivendo a pessoa presente na gente.” (Encontro 6)

“O que aconteceu no passado, o que ocorre no presente, nos deixam tristes e magoadas. Quem vive com mágoa vive se destruindo. Colocaram a importância do diálogo e a necessidade de compartilhar o que não está bem para ver se melhora o convívio.” (Encontro 6)

“A gente não pode desistir, temos que continuar, felizes. Fazendo as coisas. Eu tenho 67 anos, tenho um filho doente que me entristece muito, mas eu nunca vou ficar ali no canto chorando. Eu saio porque eu busco alegria. Porque na minha casa eu não tenho alegria, é só tristeza.” (Encontro 2).

Os idosos têm necessidade de se manterem ativos, ocupados. Nos encontros eles identificaram a importância do trabalho na vida deles, não só o de caráter remunerado, mas as diversas atribuições que podem ser desempenhadas tanto dentro do lar quanto fora, como nos trabalhos voluntários, conforme os relatos:

“Eu percebi que ele se mantinha sempre ocupado, trabalhando dentro de casa com a madeira. O idoso precisa trabalhar pra manter a cabeça sempre funcionando e boa.” (Encontro 4)

“Ele construiu a sua casa por etapa e cada etapa da vida foi demonstrando a luta. A cidade ia imergindo e a cada tempo fazia com que ele lutasse para levantar a sua casa. Então ele trabalhou duro para construir a vida dele.” (Encontro 2)

“Ele não demonstrava que era uma pessoa de idade porque ele sempre estava ativo, trabalhando e fazendo todas as atividades dele. Seria pior se ele ficasse numa cama jogado. Aí ele botou para frente e disse: ‘eu não sou velho, eu vou cuidar de fazer as minhas coisas’. Viu que ele fez o muro da casa dele sozinho? Ele não se tornava um senhor de idade, né?” (Encontro 2).

Em relação à assistência de saúde, os idosos contam com um atendimento privilegiado da unidade pública local, o que reflete na motivação desses idosos para buscar melhorar o seu bem-estar e sua saúde. Essas manifestações de satisfação por parte deles acerca da atenção de saúde recebida são apresentadas nas falas abaixo.

“Eu pelo menos não me acomodo. Eu gosto de vir pra cá (UBS), eu gosto de sair com eles, tudo que tiver aqui eu faço: teatro e coral, tudo eu faço. Porque eu danço, tenho muito medo de ficar acomodada esperando por um e por outro. A gente tem que ir pra frente. O que a gente não fez quando novo a gente tem que fazer na idade que a gente está. Porque temos que dar graças a Deus que a gente chegou na idade que estamos.” (Encontro 1)

“Eu pelo menos não me acomodo. Eu gosto de vir pra cá (UBS), eu gosto de sair com eles, tudo que tiver aqui eu faço: teatro e coral, tudo eu faço. Porque eu danço, tenho muito medo de ficar acomodada esperando por um e por outro. A gente tem que ir pra frente. O que a gente não fez quando novo a gente tem que fazer na idade que a gente

está. Porque temos que dar graças a Deus que a gente chegou na idade que estamos.”
(Encontro 1)

“...eu também acho tratamento bom aqui (UBS). Olha quando eles (os profissionais de saúde) estão de férias eu venho aqui quase todos os dias. Eu moro longe mas eu venho, não pago ônibus. Eu moro e vivo só em casa.” (Encontro 3)

É esperado que os serviços sociais e de saúde tenham uma perspectiva de curso de vida que vise à promoção da saúde, à prevenção de doenças, ao acesso equitativo de cuidados de qualidade para, assim, promover o envelhecimento ativo e saudável. Identifica-se tal determinante pelo acesso às consultas de profissionais de saúde, assistência domiciliar, participação em grupos terapêuticos, em grupos de educação para a saúde, fornecimento de vacinação e medicamentos pela rede pública, serviços de assistência curativa e serviços de saúde mental, entre outros. O apoio social inadequado está associado não apenas ao aumento na mortalidade, morbidade, problemas psicológicos, mas uma diminuição na qualidade da saúde e no bem-estar geral. O rompimento de laços pessoais, solidão e interações conflituosas são as maiores fontes de estresse, enquanto relações sociais animadoras e próximas são fontes vitais de força emocional (OMS, 2005).

O programa do idoso, assumido na política de saúde de pessoa idosa em todo o país como área prioritária a desenvolver em nível municipal nas unidades básicas, constitui-se esforço institucional recente, com percalços de todas as ordens em sua instalação, principalmente pelos restritos recursos alocados, sejam de pessoal e sua capacitação específica, de infraestrutura material e estrutural, entre outros. O serviço de saúde, a UBS de Marambaia, local do presente estudo, conforme contextualização feita na metodologia, constitui-se uma das poucas bem equipadas Unidades com Programa do Idoso em todo o Município. Os idosos participantes usufruem do atendimento privilegiado dessa Unidade.

Além dos programas variados com propósitos de crescimento pessoal e interpessoal promotores de participação e integração social de que os idosos se beneficiam, também usufruem de outros serviços preventivos, como o programa Hiperdia (tratamento e controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus); vacinações; atendimento psicológico, fonoaudiólogo, fisioterapêutico, de saúde mental e de serviço social, entre outros.

Observa-se particularmente neste estudo que idosos menos dependentes e mais autônomos têm-se beneficiado dos serviços de saúde programados para a terceira idade, funcionando como os reais determinantes do envelhecimento ativo.

Contudo, quando o idoso necessita de atendimento de maior complexidade, como hospitalização, atendimento em urgência e emergência, consultas médicas em especialidades, entre outros, o atendimento tem sido precário e suas más condições são sobejamente conhecidos, em qualquer idade do usuário.

A exibição do vídeo “Dia e noite” ensejou que os idosos refletissem acerca das diferenças também sobre o ambiente, do viver urbano e rural. Aliás, os idosos de hoje já experimentaram os benefícios da vida rural e puderam avaliá-la comparando com a vida urbana:

“O vídeo mostrou que a vida no interior é uma vida saudável.” (Encontro 1)

“No campo há mais segurança e a gente tem mais liberdade para sair e ficar fora de casa, sem problemas, sem medo.” (Encontro 1)

“No campo as pessoas podem ter mais paz.” (Encontro 1)

Os idosos comparam a vida no campo com o meio urbano com seus inconvenientes como: violência, poluição, calçadas e outras vias públicas inadequadas para a mobilização do idoso. Eles expressam hoje, vivendo em periferia pobre e populosa de grande metrópole, o desejo de viver em ambiente adequado e seguro, onde possa livremente ir e vir, sem medos de violência urbana. Para que o meio físico se configure um determinante externo positivo do envelhecimento ativo dos cidadãos é necessário que investimentos de políticas públicas sejam articulados e efetivados para que cidades sejam realmente amigas não só da população idosa, mas extensivo a toda a população.

Os idosos, em particular, necessitam de ambiente físico e social que lhes apoie e facilite sua convivência social, para compensar as eventuais alterações físicas e psicológicas decorrentes do processo de envelhecimento. Tornar as cidades mais amigáveis aos idosos é uma resposta necessária e lógica para promover o bem-estar e manter as cidades prósperas. Segundo a OMS (2008), o envelhecimento ativo é um processo de toda a vida, e uma cidade amiga do idoso deve ser uma cidade para todas as idades.

Outro aspecto relevante para as pessoas em geral é preparar-se para o seu envelhecimento e de suas famílias. Precisam preparar-se e planejar construção de sua casa com as devidas adaptações de espaços para idosos, caracterizado pela busca de um ambiente arquitetônico ideal que seja ao mesmo tempo acolhedor e seguro. Disposição e altura de móveis, iluminação de ambientes, corrimões em escadas e banheiros, antiderrapantes em degraus de escadas e rampas nas calçadas são alguns dos dispositivos a serem considerados no planejamento.

Em virtude do envelhecimento crescente da população, tornam-se cada vez mais urgentes e necessários o planejamento e a adequação dos ambientes para as pessoas idosas. Gestores públicos e privados, profissionais da engenharia e da arquitetura e os profissionais da saúde precisam estar atentos à importância do ambiente na manutenção ou na melhoria do bem-estar e da qualidade de vida que podem ser proporcionados na velhice.

O ambiente físico, livre de barreiras físicas e obstáculos, os padrões de construção, vias públicas e serviços de transportes públicos adequados são importantes aliados para o envelhecer saudável, pois asseguram o direito de ir e vir e representam diferenças importantes entre independência e dependência para todos os indivíduos e principalmente para os idosos. Observa-se que quanto maior forem essas barreiras físicas, menores serão as chances de os idosos saírem de casa e, conseqüentemente, eles estarão mais propensos ao isolamento, depressão e restrição de acesso aos serviços sociais e de saúde.

Por essas razões, é essencial tornar o ambiente adequado para promover o envelhecimento ativo e saudável das populações. Em termos práticos, uma cidade amiga do idoso adapta suas estruturas e serviços para torná-los acessíveis e promover o acolhimento e inclusão social dos idosos com diferentes necessidades e graus de incapacidade funcional (OMS, 2008).

4.3.4 Aprender a viver juntos

O vídeo “O bolo” relatou o convívio conflituoso de um casal, com discussão, embora se mantivesse sem se alterar nem perder o controle da situação. Perguntados sobre o que mais gostaram do vídeo, as reações foram:

“Foi a lição de vida. Temos que viver sem reclamações e atrito e isso faz mais bem.”
(Encontro 4)

“O que me identifiquei foi o relacionamento, ela sempre meiga e carinhosa com o companheiro.” (Encontro 4)

“Desde o início eles tiveram tolerância, paciência um com o outro. Eu acredito que isso fez completar 50 anos de casados; deve ser maravilhoso.” (Encontro 4)

“Mostrou que o casal, apesar dos pesares, é feliz.” (Encontro 4)

“Tudo aconteceu na harmonia dela com ele. Ela sempre tinha atenção, amor. O que achei mais motivador foi quando eles estavam merendando e ele pegou na mão dela com felicidade, olhou pra ela e deu um sorriso muito especial.” (Encontro 4)

“Eu gostei da prova de amor. Sem o amor não temos nada, compreensão e harmonia. Onde existe amor existe tudo. Na vida do casal é importante ter concórdia.” (Encontro 4)

“Posso dizer sobre esse relacionamento, que devemos nos unir mais uns com os outros, sermos mais fraternos, darmos apoio àqueles que mais necessitam, ajudando o próximo, e o fundamental é o amor ao próximo.” (Encontro 4)

Outra exibição, o vídeo intitulado “Tolerância” instigou os idosos a manifestações e sentimentos relacionados ao convívio social, como se transcreve a seguir.

“Se tivesse um dialogo entre os dois poderia ter um novo fim.” (Encontro 6)

“As pessoas têm que ter comunicação, amizade, união. Isso é muito importante, porque se a pessoa não se comunica, vai se destruir. Falta união, porque não adianta viver perto e não se unir, isso só destrói.” (Encontro 6)

“Porque eles deviam sentar e conversar, mas partiram logo pra briga. O certo é as pessoas sentarem, conversarem e se entenderem e não partir pra grosseria.” (Encontro 6)

Percebeu-se que o convívio interpessoal tolerante e harmonioso foi destacado como principal aspecto para o envelhecimento ativo, pois gera bem-estar, satisfação com a vida, bom-humor e positividade.

A dimensão “relacionamentos” apresentou diferença significativa nesta pesquisa, demonstrando ser de fundamental importância abordá-la nas atividades grupais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

A dezesseis usuários idosos amazônidas de UBS de periferia populosa de uma grande metrópole do Pará, para o cultivo do envelhecimento ativo e saudável, foi aplicada uma tecnologia socioeducativa de videodebate conduzida pelos princípios norteadores da UNESCO – os pilares da educação permanente.

A adoção da tecnologia do videodebate como estratégia socioeducativa, prática inovadora na área da saúde, mesmo tendo sido uma experiência inicial e limitada, mostrou-se efetiva como recurso educacional instigador de debates entre os idosos para aprender e ou reaprender comportamentos de enfrentamento do próprio envelhecer, assumindo o protagonismo de melhor opção de bem envelhecer.

O referencial norteador – pilares da educação permanente – adotado na condução das sessões de videodebate, confirmou sua pertinência na educação de adultos e idosos. Os princípios do ‘aprender a ser’, ‘aprender a conhecer’, ‘aprender a fazer’, ‘aprender a viver junto’ e ‘aprender a viver com os outros’ facilitaram acompanhar o processo de aprendizagem do alunado idoso e observar o nível de aprofundamento atingido na espiral desse processo, ao final dos dois meses.

Quanto ao primeiro objetivo, os idosos consideraram que para viver bem a velhice é necessário ser otimista, bem-humorado, ter solidariedade, ser paciente com o outro e, acima de tudo, ter amor próprio.

Quanto ao segundo objetivo, a tecnologia foi aplicada considerando as preferências dos idosos quanto aos vídeos e temas dos encontros. Com os resultados, sobre a mudança de comportamento dos idosos participantes do videodebate, observou-se que, apesar de eles não serem privilegiados por fatores externos determinantes do envelhecimento ativo, como: situação econômica precária; ambiente físico e social de suas moradias pouco acolhedor; serviços sociais e de saúde aquém de suas necessidades, eles se valeram de seus predicados pessoais, à parte sua genética e biologia, de força e determinação de autossuficiência para adaptar-se às mudanças e adversidades, ressignificando suas vidas e valorizando mesmo pequenos fatos, que lhes conferiam alegria, satisfação e bem-estar psicossocial.

No terceiro objetivo, referente às possíveis mudanças desenvolvimentais que ocorrem nos idosos que se submeteram às práticas de aprendizagem ativa no cultivo de seu envelhecimento, observou-se que os domínios nutrição e

relacionamentos tiveram mudanças significativas após a prática socioeducativa do videobedate. Portanto, segundo o quarto objetivo, considera-se que a prática do videodebate é pertinente e apresenta-se como estratégia positiva de aprendizagem do como aprender a envelhecer de forma saudável.

A abordagem de pesquisa convergente assistencial seguida – um tipo de pesquisa ação – foi essencial no estudo dos procedimentos de aplicação na prática do cuidar/ensinar do enfermeiro, por meio da tecnologia do videodebate, ainda inédita na enfermagem. Considerando ter sido inicial e limitado, espera-se que se dê continuidade para auferir resultados mais consistentes, como também replicação em outros contextos similares para conferir a transferibilidade do valor dessa tecnologia socioeducativa: o videodebate.

Implicações

Dessas constatações, impõem-se implicações principalmente ao profissional enfermeiro transcender o enfoque saúde-doença em suas funções com os usuários idosos de UBS, para um esforço interdisciplinar e intersetorial repensando e inovando métodos, técnicas e tecnologias que possibilitem contemplar, nos usuários, o processo do envelhecimento ativo e saudável e aprender e praticar juntos o protagonismo do próprio envelhecer e a emancipação na condução de suas vidas com qualidade, saúde e dignidade cidadã. Considerando a especificidade profissional, que é atender os idosos, torna-se necessário a formação ou atualização contínua de gerontólogos multiprofissionais para melhor atender essa demanda com qualidade, além de mais investimentos em pesquisas para construir recursos cuidadosos-educativos eficazes.

Diante da complexidade e da necessidade de oferecer aos idosos um atendimento de qualidade, espera-se que as autoridades políticas invistam em promover uma cidade amiga aos idosos, otimizando as oportunidades de saúde, participação social e segurança, pois idosos qualificados, socialmente engajados e com bem-estar subjetivo beneficiam a sociedade como um todo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

BENEDDETTI, Tania Rosane Bertoldo; MAZO, Giovana Zarpellon; BORGES, Lucélia Justino. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes de não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2087-2093, 2012.

BRASIL, 2006. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 2528, de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, nº 237-E, p. 20-24., seção 1, 13 dez 2006.

_____. Ministério da Previdência. Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa**. Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos. 2005.

_____. Ministério de Previdência e Assistência Social. Secretaria da Assistência Social. **Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso**. Brasília: MPAS, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. **Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para sua pactuação**. DOFC, Seção I, p. 37, Col. 1; Brasília, 22 de fevereiro de 2008.

_____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. DOFC, Seção I, p. 142, Col. 2; Brasília, 20 out 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html >. Acesso em: 12 de julho de 2010.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Coordenação de Saúde da Comunidade. Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8; Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 131).

_____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Pactos pela Saúde, v. 1)

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica; n. 19).

_____. Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. DOU, Brasília, 03 out 2003. Coluna 1, p. 1. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.741.htm>> Acesso em: 06 de agosto de 2009.

BORGES et al. Mapeamento da cobertura vegetal do bairro da Marambaia – Belém/PA. **REVSBAU**, Piracicaba – SP, v.7, n.4, p.16-26, 2012.

BORGES, Paula Lutiene de Castro et al. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 24, p. 2798-2808, 2008.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. Envelhecimento da população brasileira - uma contribuição demográfica. In: FREITAS, Elisabete Viana et al (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-koogan, 2011. p. 58-73.

CAZEIRO, Ana Paula M.; PERES, Patrícia T. A Terapia Ocupacional na Prevenção e no Tratamento de Complicações Decorrentes da Imobilização no Leito. São Carlos, **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 18, n.2, p. 149-167, Mai/Ago, 2010.

CERATI, T.M.; LAZARINI, R.A.M. A pesquisa-ação em educação ambiental: uma experiência no entorno de uma unidade de conservação urbana. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 15, n. 2, 2009.

DELORS, J. (org.). Educação: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez, Brasília: MEC: UNESCO, 2010.

DIAS, Ana Cristina Garcia; JAEGER, Fernanda Pires. Grupos de terceira idade: um estudo exploratório. **VYDIA 40**. Santa Maria; 2003.

ELIOPOULOS, Charlotte. **Enfermagem Gerontológica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FELL, Tânia Campos Amado; ARRUDA, Ilma Kruze Grande de; FERREIRA, Rogério Anderson Rodrigues. Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI, Recife. **ARCHIVOS LATINOAMERICANOS DE NUTRICION**: Organo Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición, n. 4,v. 57, 2007

GONÇALVES LHT, ALVAREZ AM, SANTOS, SMA. O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática. In: FREITAS, Elisabete Viana et al (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011. p. 161-169.

GONÇALVES LHT; ALVAREZ AM; SANTOS, SMA. A Enfermagem gerontogeriatrica e sua especificidade. In: GONCALVES, LHT & TOURINHO, FSV. (org). **Enfermagem no cuidado do idoso hospitalizado**. Barueri, SP: Manole, 2012. p.3-25.

GONÇALVES, LHT; POLARO, SHI; ALVAREZ, AM.; GOES, TM; MEDEIROS, H. P. . Tecnologias de/em Enfermagem no cuidado da vida e saude do cliente/usuario/paciente idoso. In: Elisabeta A. Nitsche et al.. (Org.). **Tecnologias cuidativo-educacionais**: Uma possibilidade para o empoderamento do enfermeiro? Porto Alegre: Moria, 2014, v. 01, p. 127-146.

_____. A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem gerontogeriatrica. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro, n. 3, v. 13, p. 507-518, 2010.

GONÇALVES, Daniela C; ALBUQUERQUE, Pedro B.; MARTÍN, Inácio. Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: Vantagens e limitações. **Análise Psicológica**, n. XXVI, v. 1, p. 101-110, 2008.

GRITTEM, Luciana; MEIER, Marineli Joaquim; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 17, n.4, p. 765-70, 2008.

GUIMARÃES, Laiz Helena de Castro Toledo *et al.* Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. Lavras: **Revista Neurociências**, v.12, n. 3, p. 130-133. Jul/Set, 2004.

GUSMAO, Neusa Maria Mendes de. **Cinedebate: Cinema, Velhice e Cultura**. Campinas, SP: Alinea, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/mapa/>. Acesso em: 20 de Outubro de 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo Demográfico, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/>. Acesso em: 20 de Outubro de 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. **Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Econômica**, n. 27. Rio de Janeiro, 2010.

LIMA, Ângela Machado de; SILVA, Henrique Salmazo da; GALHARDONI, Ricardo. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface**, v. 12, n. 27, p. 795- 807, 2008.

LINO, Valéria. **Rastreamento de problemas de saúde e instrumentos usados na avaliação geriátrica e gerontológica**. In: Freitas EV (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011, p. 1001- 1013.

LOURENÇO, Roberto Alves et al., Escalas de avaliação geriátrica. In: Freitas EV (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3 ed, Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011, p. 1707- 1720.

MARQUES, Ana Karina Monte Cunha et al., Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 1, v. 16, p. 945-955, 2011.

MARTINS, Maristela Santini; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 42, n. 1, p. 26-33, 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

_____. **As redes de atenção à saúde.** Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p 549 p.: il.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E; (Org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde.** Recife: UFPE, 2004, p. 45-76.

MERHY E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: _____. E.E, Onocko R, organizadores. *Praxis en salud un desafio para lo público.* Buenos Aires (AR): Lugar Editorial; 1997. p.71-112.

_____. E.E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo em ato.* São Paulo (SP): Hucitec; 2002.

MEIRA, E. C ; GONÇALVES, L. H. T; SENA, E. L. S ; SOUZA, A.S. ; CORONAGO, V. O. M. L. ; SANTOS, E. T. . Tecnologia assistencial de vivências musicais na recuperação vocal de idosos portadores de Doença de Parkinson. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 11, p. 341-355, 2008.

MINAYO, M.C.S; ASSIS, S.G; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MORAES, Edgar Nunes. **Atenção a saúde do Idoso: Aspectos Conceituais.** / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.: il.

_____. **Avaliação multidimensional do idoso: a consulta do idoso – instrumentos de rastreio** / Edgar Nunes Moraes. 3. ed. Belo Horizonte: Folium, 2010. 121 p. II (Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia, 1).

MORAES, H et al. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. **Rev. Psiquiatr**, n.1, v 29, 2007.

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos et al. A teoria transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas em enfermagem: uma reflexão. Anna Nery, n. 3, v. 9, Jul/Set, 2005.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez; Brasília: DF: UNESCO, 2000.

_____. Cultura de massas no século XX: **O espírito do tempo** – 1ª edição/Edgar Morin: tradução de Maura Ribeiro Sardinha – 9 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

NAHAS, Markus Vinicius . A Era do Estilo de Vida In: Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida. 6 ed. Londrina: Midiograf , 2013. p.17-35.

NERI, Anita Liberalesso. Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In: FREITAS, Elizabete Viana de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 34-46.

_____. Bem-estar Subjetivo, Personalidade e Saúde na Velhice. In: FREITAS, Elizabete Viana de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 1495- 1506.

NOGUEIRA, Ingrid Correia et al. Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.15, n.3, p. 587-601, 2012,.

PAPALEO NETTO, Matheus. O Estudo da Velhice: histórico do envelhecimento e da velhice. In: FREITAS, Elizabete Viana de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 2-12.

OLIVEIRA DUARTE, Y. A. O. Princípios de assistência de enfermagem gerontológica. In: NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 222-29.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; DIREÇÃO DA SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: classificação detalhada com definições de todas as categorias com as suas definições, inclusões e exclusões. Disponível em: <http://www.who.int/classification/icf>. 2003.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília; 2005.

_____. Guia Global: **Cidade Amiga dos Idosos**. Genebra: OMS, 2008.

PELANDRÉ, N. L. **Ensinar e aprender com Paulo Freire: 40 horas 40 anos depois**. São Paulo: Cortez e Instituto Paulo Freire, 2002.

POLARO, Sandra Helena Isse. **Gerenciando o cuidado de enfermagem ao usuário idoso na Estratégia Saúde da Família**. 2011. 160f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SANTOS, A. S. Gestão em atenção primária à saúde e enfermagem: reflexões e conceitos importantes. In: SANTOS, A. S. M.; MIRANDA, S. M. R. C. (Orgs). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri: Manole, 2007. p. 1-40.

SANTOS, Marcelo Lasmar dos; BORGES, Grasiely Faccin. Exercício físico no tratamento e prevenção de idosos com osteoporose: uma revisão sistemática. **Fisioter. mov. (Impr.)**, v. 23, n. 2, p. 289-299, 2010.

SCHIER, Jordelina; GONÇALVES, Lucia H. Takase; ALVAREZ, Angela Maria. In: Elisabeta A. Nitsche et al.. (Org.). **Tecnologias cuidativo-educacionais: Uma possibilidade para o empoderamento do enfermeiro?**. Porto Alegre: Moriá, 2013, v. 01, p. 146-160.

SCHNEIDER RH, MARCOLIN D, DALACORTE RR. Avaliação funcional de idosos. **Scientia Medica**, Porto Alegre, n. 1, v. 18, p. 4-9, jan./mar, 2008.

SIEDLER, Mônica Joesting. **A tecnologia educativa do videodebate como forma de desenvolvimento da gerontocultura**. 2006. 128 f. dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

_____. Cinema e percepção do envelhecimento. **Extension**, Cidade, v. 10, n. 15, 2013.

SIRENA, Sergio Antonio, 1960- **Avaliação multidimensional do idoso: uma abordagem em atenção primária à saúde/Sergio Antonio Sirena**; orientado por Emílio H. Moriguchi e Sílvia P. Takeda. Porto Alegre: 2002.

SOUSA, M. F. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 153-8, mar./abr. 2008.

SOUZA, Janei Rabello de Souza *et al.* O cuidado de enfermagem ao idoso: Uma reflexão segundo a teoria de Leininger. **RENE**, v. 8, n. 3, p. 117 – 125. Set./Dez, 2007.

REIS, Luciana Araújo dos *et al.* Saúde dos Idosos da Clínica-Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Bahia: **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 187-192. Abr/Jun, 2008.

STEIN, Francine de Cristo *et al.* Fatores prognósticos em pacientes idosos admitidos em unidade de terapia intensiva, **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. São Paulo. v. 21, n.3, p. 255-261, 2009.

TRENINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro. **Pesquisa convergente assistencial**: Delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3ª edição. Florianópolis: Moriá, 2014.

TRENTINI, M; GOÇALVES, LHT. Pequenos grupos de convergência: um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**; v. 9, n. 1, p. 63-78, 2000.

VAHL, E. A. C. e SIEDLER, M. J. Cinedebate em Gerontologia. In: GUSMÃO, N. M. M. **Cinema, velhice e cultura: cinedebate**. Campinas, SP: Alínea, 2005

YASSUDA, MS; ABREU, VPS. Avaliação Cognitiva no Idoso. In: Freitas EV (Org.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011. p. 1486-1505.

ANEXO 1: CADERNETA DO IDOSO DO MS

(para identificação do participante em termos de condições de vida e cuidados da saúde)

1. MINHA IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Como eu sou mais conhecido: _____

N.º Cartão do SUS: _____

Documento de identidade: _____

Sexo: () masculino () feminino

Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____

N.º: _____ Complemento: _____

Bairro: _____

Ponto de referência: _____

CEP: _____ Cidade: _____

Estado: ____ Telefone: _____ Celular: _____

Estado civil: () casado () solteiro () viúvo () separado () outros

Minha escolaridade: () analfabeto () até 4 anos

() 4 a 8 anos () 8 anos ou mais

Sou aposentado: () sim () não

Minha ocupação antes de aposentar: _____

Minha ocupação atual: _ _____

Grupo sanguíneo: _____ Fator RH: _____

Meus hábitos de vida: Fumo () não () sim

() fumo frequentemente () fumo raramente () parei de fumar

Tipo: _____ Quantidade: _____ Tempo: _ _____

Bebida alcoólica () não () sim

() bebo frequentemente () bebo raramente () parei de beber

Tipo: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____

Atividade física () não () sim

() faço frequentemente () faço raramente () parei de fazer

Tipo: _____ Frequência: _____ Tempo: _____

2. MORAM COMIGO _____ pessoas

3. FICO SOZINHO A MAIOR PARTE DO DIA? () sim () não

4. PESSOA QUE PODERIA CUIDAR DE MIM CASO EU PRECISASSE

Nome: _____

Grau de vínculo: _____

Esta pessoa mora próximo de mim? () sim () não

Endereço: _____ N.º: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Ponto de referência: _____

CEP: _____ Cidade: _____

Estado: _____ Telefone: _____ Celular: _____

Eu necessito de cuidados para o dia-a-dia? () sim () não

Obs.: _____

5. EM GERAL, EU DIRIA QUE A MINHA SAÚDE É

Data	Categoria				
	Muita Boa	Boa	Regular	Ruim	Muito Ruim

6. MEUS PROBLEMAS ATUAIS DE SAÚDE SÃO:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

7) _____

8) _____

9) _____

10) _____

11) _____

7. MEDICAMENTOS QUE ESTOU USANDO, DOSAGEM E QUANTAS VEZES AO DIA

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

7) _____

8) _____

9) _____

10) _____

11) _____

8. OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES

8.1. Internações

Ano

		2005		2006		2007		2008		2009	
Número de internações	1º S										
	2º S										

Obs.: _____

8.2. Ocorrência de quedas

		Ano									
		2005		2006		2007		2008		2009	
Número de quedas	1º S										
	2º S										

Obs.: _____

8.3. Sou alérgico ou tenho intolerância a:

Medicamentos:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

Alimentos:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

Agentes ambientais (exemplo: poeira, mofo, fumaça, pêlo de animal):

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

Vacinas

Contra *influenza* (gripe), a cada ano.

Contra difteria e tétano, a cada dez anos.

Contra pneumonia causada por pneumococo, por recomendação do profissional de saúde.

Contra febre amarela, a cada dez anos se eu for residente em regiões onde a doença ocorre ou quando eu for viajar para essas regiões.

Informações sobre a vacina a ser aplicada

Data: ___/___/___

Lote: _ _____

Dose: _____

US: _____

Ass.: _____

Data: ___/___/___

Lote: _ _____

Dose: _____

US: _____

Ass.: _____

Data: ___/___/___

Lote: _ _____

Dose: _____

US: _____

Ass.: _____

Data: __/__/__

Lote: _____

Dose: _____

US: _____

Ass.: _____

9. MINHA AGENDA DE CONSULTAS

Data	Hora	Local	Tipo de Atendimento	Nome do Profissional

10. MEU CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL

DATA	PA

11. MEU CONTROLE DE PESO

DATA	PESO

12. MEU CONTROLE DE GLICEMIA

DATA	GLICEMIA

13. ANOTAÇÕES IMPORTANTES

ANEXO 2 – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

■ ■ ■ MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

1. Orientação temporal(0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano	1
		Semestre	1
		Mês	1
		Dia	1
		Dia da semana	1
2. Orientação espacial(0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado	1
		Cidade	1
		Bairro	1
		Rua	1
		Local	1
3. Repita as palavras(0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las Repita todos os objetos até que o entrevistado aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a)	1
		Não (vá para 4b)	1

4a. Cálculo(0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

Fonte: BRASIL (2007).

ANEXO 3: ESCALA DE ESTILO DE VIDA

Sujeito: (código) _____

Data de aplicação assistida: _____

Aplicador (a): _____

Local: _____

ESTILO DE VIDA INDIVIDUAL

O *ESTILO DE VIDA* corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, valores e oportunidades das pessoas. Estas ações têm grande influência na saúde geral e qualidade de vida de todos os indivíduos.

Os itens abaixo representam características do estilo de vida relacionadas ao bem-estar individual. Manifeste-se sobre cada afirmação considerando a escala:

- [0] absolutamente não faz parte do seu estilo de vida
- [1] às vezes corresponde ao seu comportamento
- [2] quase sempre verdadeiro no seu comportamento
- [3] a afirmação é sempre verdadeira no seu dia-a-dia; faz parte do seu estilo de vida.

Componente: Nutrição

- a. Sua alimentação diária inclui pelo menos 5 porções de frutas e hortaliças. []
- b. Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces. []
- c. Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo um bom café da manhã. []

Componente: Atividade Física

- d. Você realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas / intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias na semana. []
- e. Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular. []
- f. No seu dia-a-dia, você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador. []

Componente: Comportamento Preventivo

- g. Você conhece sua PRESSÃO ARTERIAL, seus níveis de COLESTEROL e procura controlá-los. []
- h. Você NÃO FUMA e NÃO INGERE ÁLCOOL (OU INGERE COM MODERAÇÃO) []
- i. Você respeita as normas de trânsito (como pedestre, ciclista ou motorista); se dirige usa sempre o cinto de segurança e nunca ingere álcool. []

Componente: Relacionamentos

- j. Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos. []
- k. Seu lazer inclui encontros com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais. []
- l. Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social. []

Componente: Controle do Stress

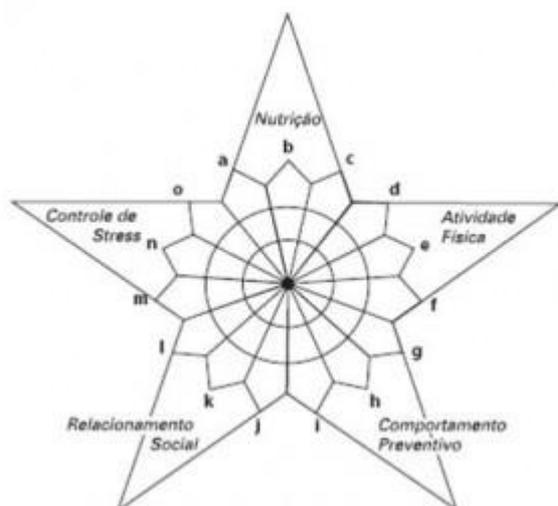
- n. Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar. []
- i. Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado. []
- j. Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer. []

Avaliação

Score mínimo = zero; Score máximo = 45

Itens	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	Total
Score																

Este instrumento pode ser reproduzido e utilizado para fins educacionais ou de pesquisa, desde que citada a fonte: Nahas, MV, Barros, MVG e Françalacci, V.L. (2000). O pentáculo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, 5(2), 48-59.



ANEXO 4: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA – UFPA/

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tecnologia socioeducacional de Gerontocultura e a Enfermagem

Pesquisador: Nathalie Porfírio Mendes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26532214.2.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 543.685

Data da Relatoria: 26/02/2014

Apresentação do Projeto:

O estudo refere-se à tecnologia educativa para trabalhar a gerontocultura, entendida na acepção de Merhy como um trabalho vivo, que inclui os saberes que organizam as ações humanas, e na expectativa de propiciar às pessoas participantes desenvolverem comportamentos para o cultivo de um envelhecimento saudável.

Objetivo da Pesquisa:

a) identificar em reflexão grupal, as perspectivas que os idosos consideram concorrer para a própria aprendizagem do bem viver a velhice e do usufruto da cidadania plena; b) propor e desenvolver a tecnologia socioeducacional de videodebate adequando-a às diferentes perspectivas político-conceituais apontadas pelo grupo de idosos amazônidas do bairro da Marambaia para o auto-governo em busca de um envelhecimento ativo e cidadão; c) avaliar mudanças desenvolvimentais que ocorrem na pessoa dos idosos que se submetem às práticas de aprendizagem ativa no cultivo de seu envelhecimento com qualidade; e d) avaliar a pertinência e o alcance da tecnologia socioeducacional de videodebate como estratégia de aprendizagem do como aprender a envelhecer

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos pois não realizarão procedimentos invasivos ou que coloquem em riscos a integridade física ou mental dos entrevistados. Os benefícios são consideráveis à assistência à

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 543.685

saúde dos idosos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é pertinente para a otimização da assistência aos idosos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos necessários ao estudo de acordo com a preconização da CONEP.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do projeto. Este é nosso parecer, SMJ.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BELEM, 27 de Fevereiro de 2014

Assinador por:

**Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)**

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

APÊNDICE A:**Roteiro de anotação e comentário individual após assistir o filme/vídeo:**

1. Faça resumo do filme.
2. O que mais você gostou no filme?
3. Quais foram os personagens que mais chamaram sua atenção. Por quê?
4. Na sua opinião, quais foram os recursos de linguagem cinematográfica como cor, montagem, música, que destacaram o conteúdo do filme.
5. Diga o tema abordado ou do que se tratou.

*RODADA DE DISCUSSÃO MAIS LEITURA DE TEXTO TEÓRICO DE SUPORTE:
REMINISCÊNCIAS NA VELHICE*

VOLTAR A RODADA DE DISCUSSÃO

ENCERRAR PERGUNTANDO:

6. O que você aprendeu com esse filme/video?
7. O filme acrescentou algo em sua vida? Em quê?
8. Outros comentários:

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para os usuários idosos)

Prezado(a) participante,

O(a) senhor(a) está convidado(a) pois foi selecionado(a) para participar da pesquisa realizada pela UFPA/Programa de Mestrado em Enfermagem, intitulada **Tecnologia socioeducacional de gerontocultura pelo videodebate e a enfermagem** com os seguintes objetivos: identificar em discussão grupal, temáticas gerontológicas de interesse dos idosos a serem debatidos assistindo a filmes/vídeos selecionados; propor e desenvolver o videodebate em grupo de idosos amazônidas do bairro da Marambaia com vistas à busca de um envelhecimento ativo e saudável; avaliar a pertinência e o alcance da tecnologia do videodebate como estratégia de aprendizagem do como aprender a viver envelhecendo com qualidade.

Sua participação é de fundamental contribuição para que, num futuro próximo, a população idosa possa contar com uma assistência mais adequada e variada, realizada por profissionais das Unidades Municipais de Saúde. Sua participação consistirá em participar ativamente de trabalhos grupais semanais de videodebate, que se alongará por três meses consecutivos, propostos pela equipe de pesquisa formada pela enfermeira mestranda Nathalie Mendes, pela orientadora, professora Lucia H. Takase G., pela estudante de enfermagem, bolsista IC: Kezia Crich e com a participação das profissionais da equipe do Programa do Idoso.

Declaramos que sua participação na pesquisa não tem qualquer risco de malefícios e é livre, podendo recusar-se a não participar dela, como também ao aceitar, poderá desistir da participação em qualquer momento, não tendo com isso nenhuma repercussão em seu relacionamento atual ou futuro com a instituição que frequenta e da qual recebe assistência. Após a conclusão do trabalho de campo, os

dados serão analisados e usados na referida Dissertação de Mestrado, sendo também publicados com os devidos cuidados éticos, na literatura especializada. Os participantes desta pesquisa serão os primeiros a tomar conhecimento dessa divulgação.

Caso tenha ainda outras dúvidas, solicitamos que as esclareça por meio dos telefones: (91) 8198 3936 e 9601 2772, com a pesquisadora principal. Também poderá fazer contato com a coordenadora geral da pesquisa: professora. Lucia Takase, por e-mail: lhtakase@gmail.com; ou por fones: (48) 9991-5193.

Nathalie Porfírio Mendes

(Pesquisadora Principal)

Lucia H. Takase G.

(Pesquisadora Responsável)

Consentimento Pós-Informação

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e me sinto perfeitamente esclarecido(a) sobre seu conteúdo, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar e cooperar na realização da pesquisa.

Belém PA, ___/___/2014.

Assinatura do(a) participante: _____

Nota: O presente TCLE é assinado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com o participante da pesquisa.

APÊNDICE C – DESCRIÇÃO DOS VÍDEOS DE CURTA METRAGEM E DOS TEXTOS DE APOIO UTILIZADOS

4.2.1 Day and Night (NEWTON, 2010) Curta metragem de direção de Teddy Newton e produção de Kevin Reher, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5Z8SXjEu7fq>

Foi criado nos Estados Unidos da América. Sua história personifica o dia e a noite contracenados por dois “fantasminhas” que se encontram, mas não se dão nada bem. Estranhos um ao outro, eles vivem desconfiados e assustados. Eles disputam ao apresentarem as belezas da vida ilustradas nas atividades que podem ser desempenhadas no dia e na noite. Nota-se também que tal disputa ocorre pelo fato de as personagens não se conhecerem. Entretanto, quando eles observam com atenção o que cada um tem de especial, eles passam a interessar-se um pelo outro. Aos poucos, essas duas personalidades bem distintas vão aprendendo a conviver e percebem que cada um deles oferece uma janela diferente para o mesmo mundo.

O texto de apoio selecionado foi: A conquista da velhice, de Lya Luft, publicado na revista VEJA, Edição n. 1964 em 12 de julho de 2006 (disponível em: http://veja.abril.com.br/120706/ponto_de_vista.html). Foi lido e discutido com os idosos para fundamentar o debate sobre o vídeo exibido. O texto aborda o convívio, da escritora com uma idosa, sua comadre, relação esta afetuosa devido o jeito entusiasmado e alegre que a idosa encarava a vida, conforme a autora:

“A gente não a visitava para lhe fazer companhia (sua casa abrigava família e muitos amigos), mas porque nós precisávamos dela, ela nos alimentava com seu interesse, nos animava com sua vitalidade. Lia todos os jornais, entusiasmava-se com novidades, e as que não aprovava lá muito eram comentadas, também, com seu jeito divertido. Mafalda sempre me fez refletir sobre a velhice que escolhemos ter, para além das inevitáveis transformações que de preferência não escolheríamos. Com ela entendi melhor que velhos não são isolados porque os filhos não prestam ou os amigos morreram, mas também porque se tornaram chatos demais: reclamando, querendo controlar, chantageando e cobrando”. A autora também cita a importância de ter alegria e olhar para o lado positivo da vida: “mas eu lhes digo que, se hoje me divirto mais do que aos 30 anos, espero aos 80 achar ainda mais graça em muitas coisas que, décadas atrás, me fariam arrancar os cabelos em desespero”.

4.2.2 A casa em pequenos cubinhos - Curta metragem de direção e produção de Kunio Kato disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=jUVhV1px6js>

Esse vídeo de curta-metragem teve como objetivo proporcionar a reflexão sobre o lembrar, reminiscências, a passagem do tempo e suas implicações. É uma ficção japonesa que usa o silêncio no decorrer da obra, tem grande inspiração estética e poética que ilustra a história de um senhor com idade avançada que mora em uma cidade ao nível do mar. O vídeo é apresentado em 12 minutos, abordando de forma nostálgica os bons momentos de sua vida, como o namoro, casamento, a convivência com os filhos pequenos e a partida deles para outra cidade em busca da continuidade da carreira profissional. Há uma magnífica viagem ao longo da própria vida, num mergulho em tudo que hoje já é passado. Pode ser vista como uma metáfora da vida, do tempo, do amor e da solidão.

O texto de apoio selecionado foi "Comemorar, recordar" de Rubem Alves - disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff1311200702.htm> - no qual aborda de forma poética, otimista e saudosista o tema central: recordações, reminiscências.

Para Rubem Alves, comemorar quer dizer "trazer de novo à memória". Para quê? Para que se cumpra o ditado popular: "recordar é viver". Dentre todos os seres vivos, os seres humanos são os únicos que se alimentam do passado. Eles comem aquilo que já deixou de existir. Mas a alma, nas penumbras em que mora, vive à procura de coisas velhas. Alma é saudade. Saudade é a inclinação da alma na direção das coisas amadas que se perderam. Foram perdidas e, a despeito disso, continuam presentes como dor: "...Que a saudade dói latejada, é assim como uma fígada no membro que já perdi..." Saudade é a presença de uma ausência.

Há um esquecer que é uma felicidade. É como o mar que limpa e alisa a areia que os humanos haviam pisado na véspera sem pedir desculpas. Já tive essa estranha sensação bem cedo na praia, diante da areia lisa, um sentimento de culpa por machucá-la com meus pés... O esquecimento alisa a areia. Tudo fica puro, como se fosse a primeira vez. Isso, do lado de fora. Mas lá no fundo, onde mora a saudade, não há esquecimento. Porque lá só moram as coisas que foram amadas. E o amor não suporta o esquecimento. "Aquilo que a memória ama fica eterno". Palavra boa para dizer isso, parente de "comemorar", é "re-cordar". Pus o hífen de

propósito para destacar o "cordar", que vem do latim "cor", que quer dizer "coração". Há memórias que moram na cabeça, muito úteis.

4.2.3 O que é isso? um pássaro!

Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=vVhHyQDA2eg>

De direção e produção desconhecidas, o vídeo apresenta em 3 minutos a conversa de pai e filho numa praça. O filho, um jovem, depois de muito tempo sem visitar o velho pai, resolveu passear com ele. Foram para um parque da cidade e depois de caminhar naquele dia de sol, sentaram-se num banco da praça. Enquanto o jovem lia seu jornal, o pai observava a natureza com os olhos cansados de um homem de 81 anos. De repente, um movimento nas árvores o pai pergunta: - Filho, o que é aquilo? Ele afasta por um segundo o jornal e responde: - É um pássaro, pai. O idoso acompanha o voo do pássaro até um arbusto e torna a perguntar: - O que é aquilo? O filho responde: - É um pássaro! O velho pai continua acompanhando o movimento do passarinho, e pergunta, novamente: - O que é aquilo? Impaciente, o filho responde de forma ríspida: - Já falei... aquilo é um pássaro! Passados alguns segundos, seu Orlando torna a perguntar, apontando para o passarinho... - O que é aquilo? Desta vez o filho explode, paciência esgotada, e gritando com o próprio pai: - O senhor está caduco, surdo, pai? Já falei: aquilo é um pássaro. Pás-sa-ro! Nisso, o velho pai faz um sinal pedindo para o filho aguardar, levanta-se, tira da bolsa uma espécie de diário e pede que o filho leia em voz alta um trecho escrito muitos anos atrás. O texto dizia: "Ontem, meu filho, agora com três aninhos, me perguntou 23 vezes o que era aquilo voando de uma árvore para outra e respondi todas as vezes com muita paciência, que era um pássaro! E todas as vezes abracei meu filhinho orgulhoso e cheio de amor... Nesse ponto, o filho parou de ler, emocionado, abraçou o velho pai, entendendo, em lágrimas, a lição que o pai tinha acabado de lhe dar...

Publicado pela Edições Paulus sob o título "Terapia da ajuda", o texto de ajuda utilizado objetiva auxiliar as pessoas a manterem a vida equilibrada enquanto prestam assistência aos outros. Seu conteúdo é um convite às pessoas a serem conscientes das suas próprias necessidades e limites, pois ao aprender a tratar-se com bondade e amor, serão mais capazes de fazer o mesmo com os outros. O texto propõe formas de aprofundar e enriquecer a experiência de

assistência e ensina que o cuidado de si e dos outros faz, realmente, a diferença no mundo.

4.2.4 O bolo - Curta metragem de produção e direção de José Roberto Toredó – disponível em: http://portacurtas.org.br/filme/?name=o_bolo

Produzido em 1995 em São Paulo e com duração de 14 minutos, esse vídeo de curta metragem é uma comédia que aborda a convivência de um casal de idosos que fazem bodas de ouro. Ela prepara o bolo, ele molda um pedaço de madeira. O relacionamento deles é pouco gentil. Xingam-se e se ofendem de forma divertida e cômica. Porém, no final da curta metragem eles se elogiam e demonstram carinho, preocupação e cuidado um pelo outro. Falam de como ficariam se o outro “partisse”.

O texto de apoio selecionado foi “Relacionamento Tênis e Frescobol” de Rubem Alves. O autor classifica os relacionamentos em dois tipos: os do tipo tênis, de raiva e ressentimentos, que terminam mal; e os casamentos do tipo frescobol, que são uma fonte de alegria e têm a chance de ter vida longa.

Tênis é um jogo feroz. O objetivo é derrotar o adversário. E a sua derrota se revela no seu erro: o outro foi incapaz de devolver a bola. Joga-se tênis para fazer o outro errar. O prazer do tênis se encontra, portanto, no momento em que o jogo não pode mais continuar porque o adversário foi colocado fora de jogo. Termina sempre com a alegria de um e a tristeza de outro. Frescobol se parece muito com o tênis: dois jogadores, duas raquetes e uma bola. Só que, para o jogo ser bom, é preciso que nenhum dos dois perca. Se a bola veio meio torta, a gente sabe que não foi de propósito e faz o maior esforço do mundo para devolvê-la gostosa, no lugar certo, para que o outro possa pegá-la. Não existe adversário porque não há ninguém a ser derrotado. Aqui, ou os dois ganham, ou ninguém ganha. E ninguém fica feliz quando o outro erra. O erro de um, no frescobol, é um acidente lamentável que não deveria ter acontecido. E o que errou pede desculpas, e o que provocou o erro se sente culpado. Mas não tem importância: começa-se de novo este delicioso jogo em que ninguém marca pontos. A bola: são nossas fantasias, irrealidades, sonhos sob a forma de palavras. Conversar é ficar batendo sonho pra lá, sonho pra cá... Mas há casais que jogam com os sonhos como se jogassem tênis. Ficam à espera do momento certo para a cortada. Tênis é assim: recebe-se o sonho do outro para destruí-lo, arreventá-lo, como bolha de sabão... O que se busca é ter razão, e o que

se ganha é o distanciamento. Aqui, quem ganha sempre perde. Já no frescobol é diferente: o sonho do outro é um brinquedo que deve ser preservado, pois se sabe que, se é sonho, é coisa delicada, do coração. O bom ouvinte é aquele que, ao falar, abre espaços para que as bolhas de sabão do outro voem livres ao vento. Bola vai, bola vem – cresce o amor... Ninguém ganha, para que os dois ganhem. E se deseja então que outro viva sempre, eternamente, para que o jogo nunca tenha fim.

4.2.5 Apenas uma volta – Curta metragem dirigido por Michel Moraes. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=uHR5tvH3NYs>

O vídeo de curta metragem, de autoria e direção de Michel Moraes, tem duração de 10 minutos e 37 segundos. Aborda a história de uma idosa, Nina, fragilizada e necessitada de atenção e cuidados contínuos. Ela tinha como cuidadores a sua irmã idosa chamada Didi e seu filho. No decorrer da história percebe-se que é Didi quem acompanha, reside na mesma casa e presta cuidados a sua irmã. Há uma relação afetuosa e de cumplicidade entre as duas. Percebe-se que Nina depende do seu filho para prover as medicações e levá-la às consultas médicas. Entretanto, a idosa passa a negligenciar o seu autocuidado escondendo suas medicações, agravando, assim, seu estado de saúde. O filho de Nina aparece no curta-metragem de um jeito arrogante, perdendo a paciência e brigando com ela e dizendo que irá desistir dela, não a levará ao médico e nem comprará os seus remédios, negligenciando assim o cuidado e a atenção à idosa. No final, a idosa aparece em fase terminal e a sua irmã tenta contato com o filho, sem êxito. A história é baseada em fatos reais e deixa a mensagem de que a vida é como uma roda gigante: novas ideias, novos olhares, novos mundos. Novas pessoas vão entrando nos assentos e vão subindo devagar, até atingir o topo, enquanto as que estavam lá vão sendo despejadas. É como uma roda gigante que se limita a apenas uma volta.

O texto de apoio utilizado foi “Violência doméstica contra idoso”, da advogada Laís Carla de Mello Pereira Real (disponível em: <http://www.oabsp.org.br/subs/santoanastacio/institucional/artigos-publicados-no-jornal-noticias-paulistas/violencia-domestica-contra-idoso>), que aborda a violência no contexto social e familiar. Segundo a autora, a violência praticada dentro do lar é

chamada de violência doméstica. Ocorre em meio às interações pai-mãe-filhos-parentes e não deve ser considerada algo natural, ao contrário: é algo destrutivo e que permeia a dinâmica familiar, podendo atingir crianças, mulheres, adolescentes e idosos de diferentes níveis socioculturais.

A violência leva a consequências orgânicas, psicológicas, comportamentais (autoritarismo, delinquência) e desequilíbrio familiar. Os idosos são vítimas dos mais diversos tipos de violência, desde insultos e agressões físicas perpetradas pelos próprios familiares e cuidadores (violência doméstica), maus-tratos sofridos em transportes públicos e instituições públicas e privadas até a própria violência decorrente de políticas econômicas e sociais que mantêm as desigualdades socioeconômicas ou de normas socioculturais que legitimam o uso da violência (violência social).

No que se refere especificamente aos idosos, convencionou-se identificar os maus-tratos cometidos tanto por ações quanto por omissões, intencionais ou não. É importante ressaltar, no entanto, que a violência doméstica e os maus-tratos a idosos não devem ser entendidos fora do contexto da violência social/estrutural em que os indivíduos e as comunidades estão inseridos. A forma como os maus-tratos e a violência contra os idosos são percebidos varia entre culturas e sociedades.

4.2.6 Tolerantia - Curta metragem de produção e direção de Ivan Ramadan disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=FrjQrXc80cY>

O vídeo tem duração de 6 minutos e apresenta a história de dois personagens do tempo das cavernas. Ambos constroem suas casas, estilo forte, simultaneamente. Entretanto, eles começam a brigar ao apresentarem divergências de pensamentos: disputam espaço, forma de construir seus fortes e fica claro que um personagem inveja a obra do outro. Posteriormente, eles passam a se atacar atirando, um no outro, pedras das suas próprias casas. O vídeo termina apresentando a guerra entre os dois personagens, a destruição que promovem e o abandono e ruína das suas casas.

O texto de apoio utilizado foi “A alma do outro” de Lya Luft, (disponível em: http://veja.abril.com.br/250407/ponto_de_vista.shtml). Segue parte do seu conteúdo:

“Nem todos os mal-entendidos, mágoas e brigas se dão porque somos maus, mas por problemas de comunicação. Porque até a morte nos conheceremos pouco, porque não sabemos como agir. Se nem sei direito quem sou, como conhecer melhor o outro e como agir direito? Amor e amizade transitam entre esses dois "eus" que se relacionam em harmonia e conflito: afeto, generosidade, atenção, cuidados, desejo de partilhamento ou de vida em comum, vontade de fazer e ser um bem, e de obter do outro o que para a gente é um bem, o complicado respeito ao espaço do outro formam um campo de batalha e uma ponte. Pontes podem ser precárias, estradas têm buracos, caminhos escondem armadilhas inconscientes que preparamos para nossos próprios passos em direção do outro. O que está mergulhado no inconsciente é nosso maior tesouro e o mais insidioso perigo. Pensar sobre a incomunicabilidade ou esse espaço dela em todos os relacionamentos significa pensar no silêncio: a palavra que devia ter sido pronunciada, mas ficou fechada na garganta e era hora de falar; o silêncio que não foi erguido no momento exato – e era o momento de calar. Relacionar-se é uma aventura, fonte de alegria e risco de desgosto. Na relação defrontam-se personalidades, dialogam neuroses, esgrimem sonhos e reina o desejo de manipular disfarçado de delicadeza, necessidade ou até carinho. Difícil? Difícil, sem dúvida, mas sem essa viagem emocional a existência é um deserto sem miragens. No relacionamento amoroso, familiar ou amigo, acredito que partilhar a vida com alguém que valha a pena é enriquecê-la; permanecer numa relação desgastada é suicídio emocional, é desperdício de vida. Entre fixar e romper, o conflito e o medo do erro. Somos todos pobres humanos, somos todos frágeis e aflitos, todos precisamos amar e ser amados, mas às vezes laços inconscientes enredam nossos passos e fecham nosso coração. A balança tem de ser acionada: prevalecem conflitos ásperos e a hostilidade, ou a ternura e aqueles conflitos que ajudam a crescer e amar melhor, a se conhecer melhor e melhor enxergar o outro? O olhar precisa ser atento: mais coisas negativas ou mais gestos positivos? Mais alegria ou mais sofrimento? Mais esperança ou mais resignação? Cabe a cada um de nós decidir, e isso exige autoexame, avaliação. Posso dizer que sempre vale a pena, sobretudo vale a pena apostar quando ainda existe afeto e interesse, quando o outro continua sendo um desafio em lugar de um tédio, e quando, entre pais e filhos, irmãos, amigos ou amantes, continua a disposição de descobrir mais e melhor quem é esse outro, o que deseja, de que precisa, o que pode – o que lhe é possível fazer.

Em certas fases, é preciso matar a cada dia um leão; em outras, estamos num oásis. Não há receitas a não ser abertura, sinceridade, humildade que não é rebaixamento. Além do amor, naturalmente, mas esse às vezes é um luxo, como a alegria, que poucos se permitem. Seja como for, com alguma sorte e boa vontade, a alma do outro pode também ser a doce fonte da vida”.

4.2.7 A lenda da águia – Curta metragem de produção não identificada, locução de Márcio Corrêa.

Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=_Gn961Sh2Hg

A curta metragem tem duração de 4 minutos e 36 segundos e aborda as fases da vida da águia e as escolhas que ela precisa fazer durante a vida para chegar à fase adulta. O narrador da curta metragem diz que dentre todas as aves a águia é a de maior longevidade da espécie, podendo viver até 70 anos. Mas para chegar a essa idade, na metade da sua vida ela deve tomar uma séria e difícil decisão, porque nessa idade as suas unhas estão compridas e flexíveis, não permitindo que ela agarre com facilidade as presas das quais se alimenta. O seu bico alongado e pontiagudo se curva. As suas penas, envelhecidas e pesadas pela gordura do tempo, dificultam seu vôo, tornando o dom de voar uma tarefa quase impossível. Nesse momento, a águia só tem duas alternativas: aceitar a morte ou enfrentar um dolorido processo de renovação que irá durar 150 longos dias, caso escolha a segunda alternativa: terá de reunir todas as forças do mundo para voar para a montanha mais alta e se recolher a um ninho mais próximo a um penhasco onde ela não necessite voar. Vencido esse primeiro desafio, a águia começa a bater com seu bico na rocha até conseguir arrancá-lo por completo. Após esse grande e doloroso sacrifício, ela espera pacientemente que seu bico renasça novamente, pois com ele irá arrancar todas as suas velhas unhas. Quando as unhas começarem a nascer, a águia começará o seu processo de renovação, arrancando todas as suas velhas e pesadas penas. Passados os 5 meses, ela sai para alçar o tão esperado voo da renovação, pronta para viver a segunda parte da sua existência. Em nossas vidas muitas vezes temos que nos resguardar para que possamos também começar um difícil processo de renovação para que continuemos a voar através de novos e diferentes desafios: devemos desprender-nos de nossas lembranças, costumes,

vícios e tradições conscientes, da dor e do sacrifício que teremos de fazer. Somente livres dos imensos pesos das glórias e vitórias do passado é que poderemos desfrutar o valioso significado da renovação. A história das águias e dos homens tem muito em comum. Ambos precisam fazer difíceis escolhas ao longo de suas vidas. Ambos devem tomar decisões que determinarão a altura e a grandeza dos seus voos. A liberdade é uma conquista, o sucesso é um prêmio e a renovação é o único caminho para chegarmos aos nossos objetivos.

O texto de apoio utilizado foi “recomeçar”, de Vinicius Moura (disponível em: http://desafiodesercristao.blogspot.com.br/2014_04_01_archive.html). Para o autor, recomeçar é uma das coisas mais difíceis na vida. A necessidade de um recomeço, por si só, significa que algo deu muito errado: fim de uma relação afetiva importante; demissão do emprego; morte de um ente querido; reconhecimento de erros sérios; perda da confiança de quem se ama; uma doença grave; etc. Não é nada simples ficar de pé de novo e recomeçar – isto me lembra um samba muito popular, que aconselha: “levanta, sacode a poeira e dá a volta por cima.” Eu mesmo já tive oportunidade de passar por isto, por duas vezes e posso garantir que não é nada fácil. Quem tenta recomeçar fica sujeito a um turbilhão de sentimentos: vergonha, medo de não conseguir, autopiedade, culpa, etc. O autor cita diversas histórias de pessoas que recomeçaram após eventos ou situações difíceis que passaram na vida. Conclui com a afirmativa “Se você está num momento em que é preciso recomeçar, não tenha medo. Tenha certeza que, independente das circunstâncias, você vai conseguir superar as dificuldades. Basta ir em frente e perseverar”.

4.2.8 Quinze dicas para a felicidade apresentadas por Pe. Chrystian Shankar. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=LaagSTDNgOs>

Esse vídeo foi selecionado em função do interesse dos idosos por discutir o tema “felicidade”. É a palestra de um líder religioso a um grupo de idosos. Tem 14 minutos e 13 segundos de duração (disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=LaagSTDNgOs>). Durante onze minutos a palestra apresenta “dicas para o idoso ser mais feliz”. As quinze dicas são:

1. Sinta-se útil – nunca ponha na sua cabeça que você parou de trabalhar e virou um inútil. Seja útil, considere-se útil.

2. Não seja um mendigo – de respeito, carinho e amor por quem não quer saber muito de você. Não chore por quem não merece. Cuide mais de você.
3. Idoso feliz é o que faz atividade física. Seja ela qual for, caminhada ou hidroginástica, pois máquina parada enferruja.
4. Reclame menos e sorria mais. Cultive o bom humor e veja a vida de forma mais *light*, agradável. Não tem nada melhor que um idoso sorridente.
5. Aprenda a perdoar e esquecer o passado.
6. Coma menos. Diminua o sal, evite gordura e depois das 18 horas evite carboidrato.
7. Coma mais peixe e evite carne vermelha.
8. Durma bem.
9. Tome de 6 a 8 copos de água por dia.
10. Cante pelo menos 15 minutos por dia;
11. Reze: idoso feliz é idoso que reza.
12. Mantenha o seu cérebro funcionando. Jogue carta, faça palavras cruzadas, leia todos os dias e comece a decorar coisas.
13. Cuide de sua aparência, seja um idoso elegante. Não é porque é idoso que vai andar feio. As mulheres não devem esquecer de passar batom.
14. Quando notar que a idade está pesando, comece a evitar degraus, não saia sozinho. Coloque corrimão, evite tapetes.
15. Saia com pessoas da sua idade para ter conversas agradáveis, mas não evite os jovens.

O texto de apoio escolhido para o encerramento do último encontro foia música de Gonzaguinha intitulada “O que é, o que é?”. A canção apresenta vários pontos de vista, o da pessoa pessimista e o da pessoa otimista, e principalmente da criança que, em sua pureza, acha a vida bonita. Aborda com simplicidade e intensidade algumas sensações doces e amargas da vida, como: “Ela (a vida) é maravilha ou é sofrimento? Ela é alegria ou lamento? Ninguém quer a morte, só saúde e sorte”. Conclui com a afirmação “Eu fico com a pureza das respostas das crianças: É a vida! É bonita e é bonita!”.